

Aus der Abteilung für Psychosomatik
der Universitäts-Kinderklinik und -Poliklinik
— Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus —
Ehem. Abt.-Leiter: Prof. Dr. med. G. Kujath †

PSYCHOGENE FAKTOREN BEIM ULCUS DUODENI ET VENTRICULI IM KINDES- UND JUGENDALTER

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Joachim Jungmann
Berlin

1976



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Abteilung für Psychosomatik
der Universitäts-Kinderklinik und -Poliklinik
— Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus —
Ehem. Abt.-Leiter: Prof. Dr. med. G. Kujath †

PSYCHOGENE FAKTOREN BEIM ULCUS DUODENI ET VENTRICULI IM KINDES- UND JUGENDALTER

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Joachim Jungmann
Berlin

Referent : Prof.Dr.med. Annemarie Dührssen

Korreferent: Prof.Dr.med. Hans Helge

GEDRUCKT MIT GENEHMIGUNG DER MEDIZINISCHEN FACHBEREICHE
DER FREIEN UNIVERSITÄT BERLIN



Promoviert am 6. April 1976

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
EINLEITUNG	1
PROBLEMSTELLUNG	5
METHODIK	7
ERGEBNISSE	17
I. EINZELFALLDARSTELLUNG	17
II. STATISTISCHE AUSWERTUNG	85
A) UNIVARIATE VERTEILUNGEN	85
a) Untersuchte Umwelt der Ulcuskranken	85
b) Die kindlichen bzw. jugendlichen Ulcuspatienten	92
B) KORRELATIONEN	107
ZUSAMMENFASSUNG	111
LITERATURVERZEICHNIS	115
ANHANG	120

E I N L E I T U N G

In den zahlreichen Forschungen zur Pathogenese des primären, chronischen ulcus duodeni et ventriculi seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts wird der Frage nach psychischen Mitbedingungen des Krankheitsbildes zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt. Neben der Erforschung des pathophysiologischen Mechanismus im Bereich der Sekretionsvorgänge und ihrer Steuerung trat die Suche nach dem Wesen psychischer Faktoren sowie ihrer etwaigen Spezifität für die Ulcuskrankheit in den Blickpunkt des Interesses.

Mit seinem Modell, das auch heute noch als der zentrale Versuch einer Theorienbildung zur Ulcuspathogenese anzusehen ist, versuchte Franz Alexander die Ergebnisse der bis in die dreißiger Jahre geleisteten Forschungen zu verbinden.

Nachdem zahlreiche Nachweise erbracht worden waren, daß die Magentätigkeit durch psychische Belastungen bewußter und unbewußter Art beeinflußt werden kann (vgl. die Zusammenfassungen bei Schwidder 1954/55, Alexander 1951, Højer-Pedersen 1958 und Mitscherlich 1967), nachdem aufgezeigt worden war, daß sich das Ulcus im Verlauf kontinuierlicher Hypersekretion bilden kann (vgl. Silbermann 1927), nachdem Versuche unternommen worden waren, die psychischen Belastungen einem konstitutionsbedingten "Ulcus-Typ" zuzuordnen (vgl. die Zusammenfassung bei Glatzel 1945), bemühte sich Alexander um die Klärung der Spezifität psychischer Belastung.

Das von Alexander durch psychoanalytische Untersuchungen gewonnene Ergebnis, das Bestehen eines "oralen Konfliktes", wird seither von der Mehrzahl der Autoren (Schultz-Hencke 1951, Dührssen 1969, Mirsky 1961, Mitscherlich 1967, Zauner 1967) übernommen und tendenziell, z. T. als Besitzkonflikt, bestätigt (Hagspühl 1954/55). "Wir fanden, daß der Wunsch, in der abhängigen, infantilen Situation zu verbleiben - geliebt und versorgt zu werden - sich in Konflikt mit dem erwachsenen Ich befand, und zwar mit dessen Stolz und Streben nach Unabhängigkeit, Leistung und Selbstgenügsamkeit" (Alexander 1951, S. 70). Als Reaktion auf ihre starken, unbewußten Abhängigkeitsbedürfnisse zeigen die Patienten nach außen hin eine extrem aggressive, ehrgeizige und unabhängige Haltung, welche ihrerseits zur Verstärkung der Anlehnungswünsche führt. Nicht bei allen Ulcuskranken wird die Befriedigung ihrer Abhängigkeitssehnsüchte "durch innere Zurückweisung" (Alexander 1951, S. 71) vereitelt, sie kann auch durch äußere Umstände verhindert werden. Die Mehrzahl der Patienten war "passiv und

verweicht und brachte ihre oralen Sehnsüchte offen zum Ausdruck" (Alexander 1951, S. 72). Wenngleich also "die Konfliktsituation bei allen Ulcuskranken ähnlich ist", kann "die resultierende Fassade der Persönlichkeit jedoch von übertriebener Unabhängigkeit bis zu parasitärer Abhängigkeit variieren" (Alexander 1951, S. 72).

Das Verlangen nach Liebe regrediert in den Wunsch, gefüttert zu werden. "In einer solchen Situation verhält sich der Magen ständig so, als ob Speise aufgenommen würde oder vor der Aufnahme stünde" (Alexander 1951, S. 72 f), das bedeutet chronische Hypermotilität und Hypersekretion, die zum Ulcus führen können. Zu diesem psychosomatischen Modell der Ulcus-Entstehung vergleiche auch die Ausführungen von Dunbar 1955.

Alexanders Theorie scheint in neuerer Zeit von Zauner (1967) insofern bestätigt zu werden, als er an 87 Ulcuspatienten aufweist, daß sich nach einer Magenresektion größtenteils die oral-neurotische Symptomatik verstärkt und resignativen Charakter trägt, oder aber daß Alkohol- und Medikamentenmißbrauch bis zur Sucht sowie depressive Symptome die Magensymptomatik ablösen.

Mirskys Versuch, die Hypersekretion des Magens als ein seit der Geburt vorhandenes Phänomen nachzuweisen, führten ihn zu der Überlegung, daß, da nicht alle Menschen mit Hypersekretion ein Ulcus entwickeln, äußere Belastungsmomente zur Entstehung des Ulcus notwendig seien. Seine Untersuchungen an Rekruten ließen ihn die Hypothese entwickeln, daß das Zusammenwirken dreier Faktoren zur Ulcusentstehung führe: Hypersekretion stehe in engem Zusammenhang mit Charaktereigenschaften, die als oral, d.h. liebe- und anlehnungsbedürftig klassifiziert werden. Trifft diese Konstellation auf Umweltbedingungen, die für die oralen Bedürfnisse als belastend erlebt werden, entwickle sich das Ulcus.

Für Mitscherlich stellt das Krankheitssymptom eine Notlösung, eine Teillösung im Versuch der Entspannung dar. Verdrängte Triebspannungen finden keinen Halt, an dem sie sich entspannen könnten. Damit hat der Organismus eine chronische Erregungsaufgabe zu bewältigen, die schließlich zur Entgleisung körperlicher Funktionen führt. Mitscherlich betont dabei, daß dieser Konflikt bei der Ulcuskrankheit sich häufig konstitutionsbedingt erklären lasse. Die seit der Geburt bestehende Hypersekretion der Magenschleimhäute erzeuge ein weit stärkeres Hungergefühl, als andere Menschen dies erleben, und löse daher stärkere orale Bedürfnisse aus, die meist nicht voll befriedigt werden. Die Ich-entwicklung wird somit vor schwierige Anpassungsaufgaben gestellt, die, werden

sie nicht bewältigt, zu psychoneurotisch deformiertem Verhalten führen. "Haben solche Störungen sich durchgesetzt, so dient das psychoneurotisch deformierte Verhalten nicht mehr der Aufrechterhaltung eines fließenden, im Lebensvollzug sich wandelnden Anpassungsgleichgewichtes, es hat sich vielmehr eine Einförmigkeit der Reaktion, man könnte sagen: eine Charaktermonotonie, hergestellt" (Mitscherlich 1967, S. 45). Der Versuch Mitscherlichs, die Chronifizierung psychosomatischer Krankheiten mit der Arbeitshypothese der "zweiphasigen Abwehr" zu erklären, baut auf dieser psychoneurotischen Struktur als der 1. Phase der Abwehr auf. Nur auf dem Boden dieses Versuches einer psychischen Konfliktlösung - mit pathologischem Ausgang - kann die Chronifizierung des Leidens erfolgen. Wenn das Individuum vor Situationen gestellt wird, bei denen die Abwehrversuche mit den bisher vertrauten psychischen Mitteln nicht mehr ausreichen, entwickeln sich Krankheiten chronischer Art.

Gegenüber diesen Theorienbildungen wurden gelegentlich kritische Stimmen laut, die von der Existenz einer wie auch immer gearteten Ulcus-Persönlichkeit Abstand nehmen. Schon 1955 bemühte sich H.P. Roth, ausführlich aufzuzeigen, daß alle bisherigen Arbeiten in dieser Richtung es an wissenschaftlicher Methodik hätten fehlen lassen und daher ihre Ergebnisse nicht haltbar seien. Weder die Aufstellung eines Ulcus-Typs noch spezifische Konflikte könnten bisher wissenschaftlich nachgewiesen werden.

Højer-Pedersen (1958) kommt mit Hilfe von Test-Untersuchungen an 51 erwachsenen Ulcus-Patienten zu dem Ergebnis, daß sich zwar eine vermehrte Konflikt-Bereitschaft aufzeigen lasse, ein spezifischer Konflikt etwa im Sinne des "oralen Konflikts" jedoch nicht an Krankheiten bestimmter Organe gebunden werden könne.

Poitrenaud und Parot (1967) versuchten sogar aufzuzeigen, daß die in der Literatur genannten psychischen Charakteristica der Ulcus-Patienten nur eine Folgeerscheinung der chronischen Schmerzzustände seien.

Philipps und Cay's Untersuchungen von 1971 bestätigen zwar einen gewissen Grad psychiatrischer Morbidität der Ulcus-Patienten, vor allem herrschen Angst- und Depressionssymptome vor. Diese seien aber nicht so stark, daß sie eine psychiatrische Behandlung erforderten, vor allem würden sie prozentual nicht häufiger als bei Kranken mit anderen Symptomen auftreten.

Das Ulcusleiden im Kindes- und Jugendalter fand im Vergleich zur Fülle der Literatur zum Erwachsenenulcus bis in die 50er Jahre hinein nur wenig Beachtung.

Seit Mitte der 50er Jahre nimmt das Interesse am Ulcus im pädiatrischen Bereich stark zu. In einer Vielzahl von Veröffentlichungen klinischer Art werden psychogene Faktoren z.T. mit einbezogen, wenn sie meist auch nur recht allgemein behandelt werden. "Wir sahen bei Jugendlichen mit einem Ulcus mehr zwanghafte Charaktere, dagegen bei jüngeren Kindern diffuse Ängste" (Biermann 1961, S. 207).

Ebenso allgemein hält sich der Hinweis auf Konstatierung einer "emotionalen Labilität" (Aye 1953, Girdany 1953, Asperger 1959), der lediglich auf einem Gesprächseindruck basiert.

Betont wird immer wieder, daß ein hoher Prozentsatz familiärer Belastung vorliege (Freund 1957, Lachner 1963, Krakauer 1967, Saint Macary 1973). Ein psychosomatischer Zusammenhang zwischen Krankheit und Psyche wird vornehmlich durch die Feststellung von sogenannten Milieubelastungen wie Scheidung, Stiefkind, Trunksucht, Tod eines Elternteils usw. gesehen (Freund 1957, Lachner 1963, Krakauer 1967, Saint Macary 1973).

In einer psychoanalytisch orientierten Darstellung zeigt Dührssen am Fall eines 17-jährigen Mädchens den Besitzkonflikt auf und macht damit den oben zitierten tiefenpsychologischen Ansatz zum Ulcus des Erwachsenen auch für das Kind geltend.

Chapman (1956) untersuchte 5 Fälle psychiatrisch, Goldberg (1957) 20 Fälle. Beide kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß die Patienten unfähig seien, feindliche und aggressive Gefühle nach außen hin zu zeigen, daß sie sich passiv und überdurchschnittlich angepaßt verhielten. Chapman betont darüber hinaus die unbefriedigten Wünsche nach einer angstfreien Verbindung zu einer warmen, gefühlvollen Mutter.

Erwähnt sei eine sicherlich interessante indische Arbeit von Singh und Ghai (1969), die leider nicht eingesehen werden konnte, in welcher bei kindlichen Ulcus-Patienten ein stärkeres Verlangen nach Liebe und Zuwendung beobachtet worden sein soll (vgl. Excerpta Medica 24, 1970, Nr. 4758).

PROBLEMSTELLUNG

Die vorliegende Untersuchung basiert auf der Hypothese pathogenetischer Einwirkung psychogener Faktoren bei der Ulcusentstehung. Sie folgt dabei insofern der psychoanalytisch orientierten Theorienbildung, als sie sich der dargestellten Hypothese des "oralen Konfliktes" anschließt. Dabei wird angenommen, daß verstärkte Bedürfnisse des Ulcuskranken nach Unterstützung und Zuwendung seitens der Umwelt die Grundlage für diesen Konflikt bilden. Die Nichterfüllung der Anlehnungswünsche kann nach dem dargestellten Modell aufgrund eines Konfliktes mit dem eigenen Ich, "mit dessen Stolz und Streben nach Unabhängigkeit, Leistung und Selbstgenügsamkeit" (Alexander 1951, S. 70), oder aber durch äußere Umstände zustande gekommen sein, wobei die Umwelt den "vielleicht berechtigten" Lebensbedürfnissen des Individuums nicht genügen konnte.

Wir gehen in der vorliegenden Arbeit vordringlich der zweiten Alternative nach. Dabei werden wir zunächst zu prüfen haben, ob sich Anzeichen für die genannten verstärkten Anlehnungsbedürfnisse des ulcuskranken Kindes bzw. Jugendlichen finden lassen. Sodann fragen wir nach Hinweisen dafür, ob der Ulcus-Patient subjektiv Belastungssituationen erlebt, die aus nicht oder nur mangelhaft erfüllten Anlehnungsbedürfnissen, Zuwendungs- bzw. Unterstützungserwartungen gegenüber der für ihn bedeutsamen Umwelt resultieren. Daher erscheint es als wesentlich, neben "objektiven" Persönlichkeitsvariablen vor allem die subjektive Einschätzung der Umwelterfahrung des Patienten zu erfassen. Andererseits soll auch die für den Patienten relevante Umwelt vornehmlich in ihrer dynamischen Beziehung zu diesem geprüft werden. Psychogene Faktoren bei der Ulcusentstehung können somit als Umweltbelastungen faßbar werden, die in Äußerungen und Verhaltensweisen von Patienten bzw. von Umweltrepräsentanten zu beobachten sind.

Die Begründung dafür, daß diese katamnestiche Arbeit an kindlichen bzw. jugendlichen Ulcusträgern bis zum 18. Lebensjahr vorgenommen wurde, resultiert aus der Annahme der Möglichkeit, die für den Patienten relevante Umwelt noch in etwa so vorzufinden, wie sie ihn seit Lebensbeginn umgibt. Damit erscheint hier die zeitliche Untersuchungsnähe zum pathogenetischen Geschehen größer als im Erwachsenenalter. Für alle Patienten mußte angenommen werden, daß die Familie zum Zeitpunkt der Untersuchung noch die primäre Bezugsgruppe darstellte, die damit den Schwerpunkt des relevanten Umweltraumes ausmacht. Bei den beiden in unsere Untersuchung miteinbezogenen Heimkindern und in gewissem Maß auch bei einem

Pflegekind mußten hier gewisse Einschränkungen gemacht werden. Bei der Befragung der Eltern wurden zugleich auch Angaben über Freunde und Schulsituation des Patienten gewonnen.

Von den beiden Polen "Kind" und "Umwelt" ausgehend wurden zunächst objektiv erfaßbare Daten beider Bereiche zusammengestellt. Für den kindlichen bzw. jugendlichen Patienten bedeutete dies die Erhebung der somatischen Anamnese sowie die Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen mit Hilfe von Fragebögen. Auf der anderen Seite wurden objektive Daten der Familiensituation, der Schule und aus dem sonstigen relevanten Sozialbereich aufgenommen. Anschließend war zu ermitteln, wie das Kind seine Umwelt erlebt, welche Erwartungen es hegt und wie es deren Entsprechung einschätzt. Dasselbe galt für den Umweltbereich (Eltern, Geschwister, Schule, Freunde), der daraufhin zu untersuchen war, wie von ihm aus das Verhalten des Kindes erfahren wird und inwieweit dessen Anforderungen und Erwartungen Genüge geleistet werden kann. Ziel war es also, die jeweils spezifische Situation von Zuwendung oder Ablehnung des Kindes durch die Umwelt sowie der Umwelt durch das Kind zu erfragen.

M E T H O D I K

Für die vorliegende Untersuchung standen 18 Patienten zur Verfügung. Diese relativ geringe Fallzahl resultiert aus dem sehr begrenzten Patientengut innerhalb des Westberliner Einzugsbereiches, der dieser Arbeit zur Verfügung stand.

Die Tatsache, daß das Ulcus im Kindesalter im Vergleich zu dem des Erwachsenen als Seltenheit gilt, kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß über das tatsächliche Vorkommen des kindlichen Ulcus noch immer keine eindeutigen Ergebnisse zu finden sind. Im Jahre 1919 bezifferte P. Theile aufgrund der Literatursicht die Zahl der bis dahin bekannten Fälle auf 248. Diese Angabe umfaßt jedoch auch die sogenannten sekundären Ulcera sowie das Ulcus im Säuglingsalter. Ein "Ulcus chronicum simplex" fand Theile nur in 43 Fällen, von denen nach Theiles Mitteilung einige aufgrund ungenauer Angaben fraglich sind. Proctor reduzierte die Zahl der bis 1925 bekannt gewordenen Fälle auf 19. Seitdem hat das Interesse am kindlichen Ulcus, wohl auch durch die radiologischen Möglichkeiten mitbedingt, zugenommen. Ramos berichtet 1960 schon von annähernd 500 in der Literatur zitierten Fällen. Ein ungefähres Bild tatsächlicher Zahlenverhältnisse diagnostizierter Ulcera gibt uns wohl noch am besten Karlströms Untersuchung, da sich seine Zählung nicht nur auf eine Klinik, sondern auf ganz Schweden bezieht: in der Zeit von 1953 - 62 wurde in den Kinderkliniken von Schweden 184 mal ein kindliches Ulcus diagnostiziert, wobei 12 Kinder jünger als 3 Jahre waren.

Der häufig zitierten Annahme, daß das kindliche Ulcus in den letzten Jahrzehnten zugenommen habe (vgl. Riechers 1966 und Sultz 1970), widersprechen Karlströms Untersuchungen, nach denen wenigstens für den untersuchten Zeitraum von 9 Jahren keine Zunahme zu verzeichnen ist. Es scheint Übereinstimmung darüber zu herrschen, daß die Zahl der vorhandenen Ulcera insgesamt wesentlich höher als die der diagnostizierten Fälle anzusetzen ist (Nitsch 1962, Hartmann 1963). Wenn in der Literatur immer häufiger auf Ulcera im Kindes- und Jugendalter hingewiesen wird, so mag dies mit der größeren diagnostischen Aufmerksamkeit und Möglichkeit zusammenhängen. Immerhin diagnostizierte Lassrich (1965) innerhalb von 15 Jahren 112 kindliche Ulcera an der Hamburger Universitätsklinik. Die Zusammenstellung der Probanden unserer Untersuchung erfolgte zunächst anhand der Archive der Berliner Kinderkrankenhäuser, bzw. der pädiatrischen Abteilungen, wobei 7 Jahrgänge (1967 - 73) durchgesehen wurden. Mit der Absicht, die auf diese Weise gebildete Patientengruppe zu vergrößern, wurden zudem die Un-

terlagen internistischer Abteilungen mehrerer Berliner Krankenhäuser durchgeführt. Die Annahme, daß jugendliche Ulcuspatienten jenseits des 15. oder 16. Lebensjahres vielleicht auch in Erwachsenenabteilungen anzutreffen sind, erwies sich im wesentlichen als unzutreffend. Schließlich konnte die Mitarbeit einiger niedergelassener Kollegen in Anspruch genommen werden.

Da es Absicht der Untersuchung war, kindliche bzw. jugendliche Patienten einer katamnestischen, explorativen und testenden Untersuchung zu unterziehen, war als oberste Altersgrenze das vollendete 18. Lebensjahr nicht zu überschreiten. Unter diesen Einschränkungen konnten 32 Patienten ermittelt werden. Das Einverständnis zur Teilnahme an den Untersuchungen wurde jedoch nur in 21 Fällen erteilt. Aufgrund von Mängeln der Datenerhebung, bzw. sich erst in der Explorationsphase herausstellender Einschränkungen bezüglich der Diagnosestellung, bei der wir ja nur das primäre, chronische Ulcus berücksichtigen konnten, verblieben für eine endgültige Auswertung 18 Patienten. Von diesen lebten 2 Patienten im Heim und einer als Pflegekind in einer Pflegefamilie.

Entsprechend der oben erläuterten Problemstellung waren Untersuchungsverfahren zusammenzustellen, die nicht nur eine Erfassung objektiv sich auf den Patienten wie auch seine Umwelt beziehender Daten gestatteten, sondern auch die Erhebung der subjektiven Einschätzung der Umwelterfahrung durch den Patienten ermöglichten. Zugleich sollte bei der Analyse der hier im Mittelpunkt stehenden Patient - Umwelt - Beziehung auch eine Beurteilung durch die Hauptumweltrepräsentanten, die Eltern, erfolgen.

Die Untersuchung begann in jedem Fall mit einer Auswertung der in den Kliniken einzusehenden Krankengeschichten. Daran anschließend wurde ein Hausbesuch bei der Familie des Ulcuspatienten vorgenommen; in den wenigen Fällen, in denen dies nicht geschehen konnte, wurden die Eltern, bzw. die Kindesmutter mit dem Patienten in die Klinik einbestellt.

Die Einzeluntersuchung wurde jeweils in Form eines Gespräches begonnen, dem ein strukturiertes Interview zugrunde lag. Hierbei wurde neben der biographischen Anamnese auch die Persönlichkeitseinschätzung des Kindes bzw. Jugendlichen durch die Eltern erfaßt. In der Mehrzahl der Fälle wurde das Gespräch nur mit der Kindesmutter geführt. Da die Väter der untersuchten Patienten, auch wenn sie an der Beantwortung der Interviewfragen teilnahmen, nur in wenigen Fällen bereit waren, auch den weiter unten behandelten Persönlichkeitsfragebogen des Freiburger Persönlichkeitsinventars zu beantworten, wurde auf eine gesonderte Auswertung der väterlichen Aussagen verzichtet. Daß somit vornehmlich die Antworten, Be-

wertungen und Selbsteinschätzungen der Mütter in unsere Untersuchung eingehen, rechtfertigt sich auch aus der in allen Fällen, ausgenommen sind die beiden Heimkinder, seitens der Eltern bzw. der Mutter gemachten Angabe, daß sie der die Erziehung leitende Elternteil sei. Der Gesprächsteil wurde durch eine freie Exploration des Patienten abgeschlossen, die Hinweise auf dessen Umwelterleben erbringen sollte.

In dem daran anschließenden Testteil wurde mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI) eine Bestimmung von grundlegenden Persönlichkeitsdimensionen der Mutter als des für unseren Patienten wichtigsten Umweltrepräsentanten vorgenommen. Die Testuntersuchung des Patienten begann mit der Vorlage der Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche. Damit wurde die Ausprägung der Dimensionen "Neurotizismus" und "Extraversion - Introversion" ermittelt, mit Hilfe derer nach H.J. Eysenck eine Unterscheidung zwischen Normalen und Neurotikern sowie deren genauere Kennzeichnung möglich ist. Es sollte damit der Frage nach dem Bestehen einer Tendenz zu emotionaler Labilität und ihrer Spezifizierung nachgegangen werden, wie sie vielfach als Voraussetzung psychosomatischer Krankheitsprozesse (s. oben) beschrieben wird, und die Eysenck und andere bei als Neurotikern diagnostizierten Patienten fanden, ohne daß dabei die Frage nach einer etwa vorliegenden spezifischen Neuroseausprägung diskutiert werden sollte.

Mit Hilfe zweier weiterer ebenfalls auf Fragebogen basierender Testverfahren wurde eine spezifische Erhebung bestimmter Komponenten der Umwelterfahrung der Patienten versucht. Es handelte sich dabei um das Mannheimer Biographische Inventar (M-B-I) sowie die von Stapf et al. verfaßten Skalen zur Einschätzung des elterlichen Erziehungsstiles. Aus dem abschließend durchgeführten Szenotest erwarteten wir schließlich eine weitere Akzentuierung des vom Patienten bewerteten Umwelterlebens.

Die Untersuchungsergebnisse werden in einem ersten Teil im Zusammenhang der Einzelfalldarstellung wiedergegeben und bewertet. In einem zweiten Teil erfolgt dann eine statistische bzw. vergleichende Gesamtauswertung entsprechender Daten, die, soweit auch dies bei der begrenzten Fallzahl erlaubt war, in der Absicht unternommen wurde, eine Beantwortung der dargestellten Fragestellungen anhand von sich eventuell abzeichnenden Tendenzen zu ermöglichen.

Die Untersuchungsverfahren im einzelnen:

Das strukturierte Interview.

Das der Exploration zugrunde gelegte strukturierte Interview mit den Eltern bzw. der Kindesmutter sollte die Erhebung bestimmter objektiver Variablen aus der biographischen Anamnese des Patienten und seiner Umwelt (Familie, Schule, Freunde) aber auch die Beschreibung von Auffälligkeiten in der Entwicklung sowie Persönlichkeits- bzw. Verhaltenseinschätzungen durch die Eltern in jedem Einzelfall sicherstellen. Durch die Identität eines minimalen Fragenkomplexes wurde zugleich die Voraussetzung dafür geschaffen, auch diese Ergebnisse statistisch faßbar zu machen. Neben diesem Grundstock von Fragen, die in jedem Fall zu beantworten waren, wurde dem freien Gespräch ein größerer Raum belassen, um auf diese Weise ein anschaulicheres Bild vorwiegend der biographischen Anamnese des Kindes bzw. Jugendlichen gewinnen und wiedergeben zu können.

Die Gliederung und Auswahl der in das Interview aufgenommenen Gesichtspunkte war an den Ausführungen von G. Kujath zur Durchführung von Längs- und Querschnittsuntersuchungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie orientiert. Eine Aufstellung der in die statistische Bearbeitung eingegangenen Fragen und ihres Bewertungsmodus befindet sich im Anhangsteil dieser Arbeit.

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

Das als Fragebogen konstruierte Inventar richtet sich auf die Erfassung von neun Persönlichkeitsdimensionen. Die Skalen werden wie folgt beschrieben:

Skala FPI 1: "Nervosität". Hohe Werte: psychosomatisch gestört - Niedrige Werte: psychosomatisch nicht gestört

Skala FPI 2: "Aggressivität"
Hohe Werte: aggressiv, emotional unreif
Niedrige Werte: nicht aggressiv, beherrscht

Skala FPI 3: "Depressivität"
Hohe Werte: mißgestimmt, selbstunsicher
Niedrige Werte: zufrieden, selbstsicher

Skala FPI 4: "Erregbarkeit"
Hohe Werte: reizbar, leicht frustriert
Niedrige Werte: ruhig, stumpf

Skala FPI 5: "Geselligkeit"

Hohe Werte: gesellig, lebhaft

Niedrige Werte: ungesellig, zurückhaltend

Skala FPI 6: "Gelassenheit"

Hohe Werte: sich selbst vertrauend, gut gelaunt

Niedrige Werte: irritierbar, zögernd

Skala FPI 7: "Dominanzstreben"

Hohe Werte: sich durchsetzend, streng

Niedrige Werte: nachgiebig, gemäßigt

Skala FPI 8: "Gehemmtheit"

Hohe Werte: gehemmt, gespannt

Niedrige Werte: ungezwungen, kontaktfähig

Skala FPI 9: "Offenheit"

Hohe Werte: offen, selbstkritisch

Niedrige Werte: verschlossen, unkritisch

Skala FPI E: "Extraversion"

Hohe Werte: extravertiert

Niedrige Werte: introvertiert

Skala FPI N: "Emotionale Labilität"

Hohe Werte: emotional labil

Niedrige Werte: emotional stabil

Skala FPI M: "Maskulinität"

Hohe Werte: typisch männliche Selbstschilderung

Niedrige Werte: typisch weibliche Selbstschilderung

Die bei der Testauswertung gewonnenen Rohwerte können aufgrund der auf Alter und Geschlecht bezogenen Normtabellen in Stanine - Normwerte¹⁾ umgerechnet werden.

¹⁾ Die 9-stufige Stanine-Skala gibt Grobnormen, wobei ein SN-Wert von 4,5 oder 6 in 54 % der Fälle zu erwarten ist. Diese Werte können verbal als "durchschnittlich" bezeichnet werden. Einem SN von 1 entspricht die verbale Klassifikation "weit unterdurchschnittlich", einem SN 2 oder 3 "unterdurchschnittlich". Als "überdurchschnittlich" kann ein SN von 7 oder 8, als "weit überdurchschnittlich" ein SN von 9 bezeichnet werden.

Mannheimer Biographisches Inventar (MBI)

Das 1972 fertiggestellte M-B-I ist ein Verfahren, mit welchem anhand von 11 relevanten Bereichen, die mit Leistungskriterien in Zusammenhang stehen, die Umweltsituation eines Probanden bestimmt werden soll.

Das als Fragebogen konstruierte Inventar umfaßt die folgenden 11 Skalen:

- "Skala U1: Familiensituation: sie umschreibt die positiv fördernde Unterstützung durch Eltern und familiäre Situation.
- U2: Lebensgewohnheiten und Entwicklung von Interessen: Selbständigkeit und Eigenständigkeit der Person.
- U3: Kontaktverhalten und soziale Aktivitäten: Schilderung der eigenen sozialen Einordnung, Einschätzung der eigenen sozialen Bedeutung und des persönlichen Einflusses.
- U4: Schulische Situation: Entwicklung und Einschätzung der eigenen Schulleistung; Begabungseinschätzung, Motivation und soziale Stimulans im engeren Rahmen des Klassenverbandes und der Schule.
- U5: Arbeitsverhalten: Lernorganisation, Lerngewohnheiten.
- U6: Kreatives Verhalten: Originalität, Einfallsreichtum und produktives Verhalten.
- U7: Durchsetzungsvermögen: Ausdauer, Selbstsicherheit.
- U8: Leistungsmotivation: persönlicher Ehrgeiz, Wichtigkeit von positiven Bekräftigungen.
- U9: Verhalten bei Stress, Frustration und Ängstlichkeit: Reaktionen auf Reize, Reaktion auf Stress-Situationen und das Verhalten in ihnen, Frustrationstoleranz.
- U10: Einstellung und Einschätzung: Darstellung der eigenen Person, Selbstschilderung (Ich - Darstellung).
- U11: Gesundheit, körperliches Empfinden: körperliche Reife, Gesundheit, körperliche Fitness.
- Gesamt: Positive Stimulans bzw. Deprivation, wie sie vom Probanden erlebt wird." (M-B-I, S. 9)

Die bei der Testauswertung gewonnenen Rohwerte können ebenfalls in Stanine-Normwerte (SN) umgerechnet werden.

Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche
(HANES, KJ)

Mit Hilfe dieses 1972 fertiggestellten Fragebogens sollen durch die Methode der Selbstbeschreibung die beiden Persönlichkeitsdimensionen "Neurotizismus" und "Extraversion - Introversion" (im Sinne H.J. Eysencks) bei Kindern und Jugendlichen erfaßt werden.

"Neurotizismus, wie er sich in diesem Fragebogen manifestiert, schreibt sich jemand in um so höherem Maße zu, je mehr er sich die folgenden Persönlichkeitszüge bzw. Symptome zuschreibt:

Insuffizienzgefühle, verbunden mit sozialer
Empfindlichkeit und Verletzbarkeit,
Neigung zu Tagträumen und Grübeleien,
Verstärkte Neigung zu Stimmungsschwankungen,
vor allem als Neigung zu depressiven Verstimmungen,
Sorgen um die eigene Gesundheit,
Angst vor zukünftigen Ereignissen,
Innere Unruhe und "Nervosität", Erregbarkeit,
Einschlafstörungen,
Häufige Müdigkeit und Abgespanntheit,
Neigung zu Kopfschmerzen.

Die Persönlichkeitsdimension 'Extraversion' im hier verstandenen Sinne

s c h r e i b t s i c h jemand um so mehr zu, je mehr er sich

Freude an der Gesellschaft anderer, Bedürfnis nach und Fähigkeit zu
regem, eher heiter akzentuiertem Kontakt mit anderen Menschen ('Gesell-
lichkeit'), Lebhaftigkeit, Erlebnisdrang, Unternehmenslust und Unbe-
schwertheit ('Aktivität') zuschreibt."

(HANES, KJ, S. 7)

Die Extraversion- und Neurotizismus-Dimensionen sind als voneinander unabhängig anzusehen.

Eysenck beschäftigte sich mit Persönlichkeitsmerkmalen, durch die sich Neurotiker und normale Personen unterscheiden. Er versuchte dabei zugleich, Merkmale zu definieren, die zwischen verschiedenen Untergruppen von Neurotikern differenzieren. Es ergaben sich als das wesentlichste Ergebnis die beiden Persönlichkeitsdimensionen "Neurotizismus" und "Introversion - Extraversion", die sich als die zwei senkrecht aufeinanderstehenden Koordinaten eines Koordinatensystems darstellen lassen. Hierdurch lassen sich jeweils der Ausprägung von

"Introversion - Extraversion" entsprechend verschiedene Neurotikergruppen unterscheiden.

Die Persönlichkeitsdimension "Neurotizismus" kennzeichnen Eysenck und Rachman folgendermaßen: "Am einen Extrem haben wir Menschen, deren Emotionen labil, heftig und leicht erregbar sind; sie sind launisch, empfindlich, ängstlich, unruhig usw. Am anderen Extrem haben wir dagegen Menschen, deren Emotionen stabil und weniger leicht erregbar sind, Leute, die ruhig, ausgeglichen, sorglos und verlässlich sind. Von den Neurotikern wird man - es ist unnötig, dies zu betonen - Eigenschaften erwarten, die für den unstabilen Typ, von normalen Leuten solche, die für den stabilen Typ charakteristisch sind." (Gray: Angst und Streß, S. 220) Bezüglich der zweiten Dimension kennzeichnen die Autoren den Extravertierten als impulsive Person. "Alles in allem hat er seine Gefühle nicht immer unter Kontrolle und ist nicht immer eine zuverlässige Person. - Der typische Introvertierte ... hält seine Gefühle unter strenger Kontrolle, verhält sich selten aggressiv und ist nicht leicht aus der Ruhe zu bringen." (Gray, S. 222). Die bei der Auswertung dieses Testes gewonnenen Rohwerte können ebenfalls in SN-Werte umgerechnet werden.

Erfassung der elterlichen Strenge und Unterstützung bei Vätern und Müttern

Diese dem Kind zur Einschätzung der erlebten elterlichen Erziehung vorgelegten Frageskalen basieren auf dem Zwei-Komponentenkonzept der elterlichen Bekräftigung von Stapf et al. (1972). Danach können als zwei Hauptdimensionen elterlicher Erziehung positive Bekräftigung einerseits, die als elterliche Unterstützung bezeichnet wird, und die als Strenge gekennzeichnete negative elterliche Bekräftigung andererseits unterschieden werden. In ihren theoretischen Grundannahmen des auf elementaren lerntheoretischen Prinzipien basierenden Konzeptes formulieren die Autoren fernerhin, daß seitens des Kindes negative elterliche Bekräftigung, die sich in der Erziehungspraxis als Tadel und Strafe äußert, als elterliche Strenge und positive Bekräftigung als elterliche Unterstützung erlebt werden.

Es wurden 4 Skalen mit je 15 Fragen entwickelt, mit Hilfe derer von seiten des Erzogenen Vater und Mutter bezüglich der beiden Dimensionen getrennt einzuschätzen sind¹⁾. Bei einem 5 Stufen umfassenden Antwortmodus mit den Häufig-

¹⁾ Skalenbenennungen: VS/väterliche Strenge
VU/väterliche Unterstützung
MS/mütterliche Strenge
MU/mütterliche Unterstützung

keitsangaben "fast nie - selten - manchmal - oft - fast immer" sind bei jeder Frage 1 (bei "fast nie") bis 5 (bei "fast immer") Punkte zu berechnen. Neben einer entsprechenden Datenverarbeitung im statistischen Teil wurde eine binäre Auswertung in der Einzelfalldarstellung aus Übersichtsgründen vorgezogen. Dabei wurde entsprechend dem Vorgehen von Stapf et al. die Wahl der Mittelkategorie "manchmal" bei den Strenge-Items als Bejahung, bei den Unterstützungs-Items hingegen als Verneinung gezählt. Insgesamt waren demnach bei jeder Skala maximal 15 Punkte zu erreichen. Eine Unabhängigkeitsrelation zwischen den Dimensionen Strenge und Unterstützung, wie sie in den vorgelegten Skalen erfaßt werden sollen, wird von den Autoren mit gewissen Einschränkungen angenommen. Eine weitere, diese Hypothese überprüfende Arbeit von E. Vogl und H.-P. Schmitz stellte allerdings bedeutsame Kovariationen fest. Die Untersucher vermuten, daß möglicherweise die "tatsächlich" ausgeübte elterliche Strenge und Unterstützung nicht unabhängig voneinander sind, oder aber daß aufgrund bestimmter Perzeptionsweisen Unterstützung und Strenge als nicht unabhängig voneinander erlebt werden.

In unserer Untersuchung, die diese Frage nicht zu klären hatte, fielen deutlich über den zum Vergleich vorliegenden Werten gelegene negative Korrelationen auf. Korrelationskoeffizienten zwischen Strenge und Unterstützung von $-0,78$ (statistische Sicherheit von 99 %, $p < 0,01$) bei den Vätern bzw. $-0,68$ ($p < 0,01$) bei den Müttern spiegeln ein Einschätzungsverhalten der Pbn im Sinne von "entweder - oder" wieder. Die Interpretation der Ergebnisse bei diesem Verfahren wird sich auf die genannten empirischen Forschungen beziehen, zumal darüber hinaus noch keine an Normpopulationen gewonnenen Standardwerte zur Verfügung stehen. Ein Vergleich erfolgt daher auf der Ebene der gefundenen Rohwerte.

Scenotest

Die Auswertung des im Scenotest gestalteten Spieles erfolgt in Anlehnung an die Ausführungen von G. v. Staabs.

Die im Folgenden als erstes vorgenommene Darstellung der Ergebnisse der Einzelfalluntersuchungen wird jeweils in 7 Punkten durchgeführt:

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit (Altersangabe, erste Beschwerden, röntgenologische Diagnose und Beschreibung, Therapie, Besserung, jetzige Beschwerden)
- 1a. Familiäre Belastung
2. Sonstige somatisch-medizinische Anamnese (Krankheiten, Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung)

3. Biographische Anamnese (Schwangerschaft, Geburt, wieviertes Kind, frühkindliche Entwicklung, weitere Entwicklung, soziales Milieu: Eltern (Stellung zueinander), Erziehung (Ideale), Geschwister, Schule, Beschreibung des Verhaltens der Eltern bei Ulcusbeschwerden des Kindes)
4. Persönlichkeit des Kindes (aus der Sicht der Mutter, Exploration des Kindes (Familie, Schule, Ideale/Wünsche), sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten)
5. Äußerer Aspekt (beobachtetes Verhalten während unserer Untersuchung)
6. Testergebnisse (Wiedergabe der Einzelergebnisse. Dabei werden bezüglich von M-B-I, HANES und FPI lediglich die auffälligen bereits in Stanine-Werte umgewandelten Werte in den entsprechenden Unterskalen aufgeführt. Damit bleiben Ergebnisse mit SN-Werten von 4 - 6 unerwähnt. Die in den 4 Skalen zur Erfassung der elterlichen Strenge und Unterstützung bei Vätern und Müttern ermittelten binären Werte werden als Rohpunkte aufgeführt. Die Ergebnisse des Scenotests werden als Testbericht vorgelegt.)
7. Zusammenfassung (der Falldarstellung unter besonderer Berücksichtigung der Testergebnisse)

In einem weiteren Kapitel wird eine vergleichende bzw. statistische Betrachtung der Ergebnisse vorgenommen, wobei auch über Zusammenhänge (Korrelationen) unter den erhobenen Variablen berichtet werden wird. Die dazu notwendigen Berechnungen wurden mit Hilfe der entsprechenden Programme im Groß-Rechen-Zentrum Berlin durchgeführt.

Die Untersuchung einer Vergleichsgruppe zur Sicherung der Ergebnisse unterblieb aus zwei Gründen. Einmal wäre für eine solche Gruppe eine Ähnlichkeit mit der untersuchten Patientenpopulation zu fordern, die zumindest in Variablen wie Alter, Geschlecht, soziale Schicht der untersuchten Patienten bzw. ihrer Eltern, aber auch in der Beachtung sonstiger psychosomatischer Störungen und einer Anzahl von Persönlichkeitsmerkmalen, die aufgrund unserer speziellen Fragestellung hier nicht erfaßt wurden, hätte gewährleistet sein müssen. Dies schien jedoch wegen der unter dieser Rücksicht relativ kleinen Fallzahl nicht realisierbar. Andererseits standen bezüglich der angewandten psychometrischen Verfahren - davon ausgenommen war der Scenotest - an Normgruppen orientierte Vergleichswerte zur Verfügung, die eine zuverlässige Interpretation dieser Testwerte gestatteten.

ERGEBNISSE

I. EINZELFALLDARSTELLUNG

Fall 1: Martina, 9,3 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei M. wurde im Alter von 7,9 J. ein ulcus duodeni röntgenologisch diagnostiziert. 3 Monate zuvor hatten abdominelle Schmerzen, die vorwiegend rechtsseitig parumbilical lokalisiert waren, begonnen. Es bestand Übelkeit und gelegentlich auch Erbrechen. Nach dem Klinikaufenthalt, bei welchem eine konservative Therapie durchgeführt worden war, kam es zu Beschwerdefreiheit, die auch jetzt noch besteht.

1a. Familiäre Belastungen

Der Vater leidet an einem Magenulcus.

2. Sonstige somatisch-medizinische Anamnese

M. war nach Angaben der Eltern "von Geburt an ein schlechter Esser". Mit 9 1/2 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

Nach unkomplizierter Schwangerschaft mußte bei dem Kind wegen einer Blutgruppenunverträglichkeit im Rhesussystem im Anschluß an die Entbindung eine Austauschtransfusion vorgenommen werden.

Die Eltern hatten dem Säugling nach Auskunft der Mutter viel Zuwendung zukommen lassen können. M. habe sich als Kleinkind völlig unauffällig entwickelt. Sie habe leicht Kontakt zu anderen Kindern gefunden und keine Schwierigkeiten gehabt, sich zu behaupten.

Die Einschulung erfolgte mit 5 Jahren. M. besuche gern den Schulunterricht; sie sei sehr ehrgeizig, erziele gute Leistungsergebnisse. In ihrer Klasse habe sie viele Freunde. Ihr Berufsziel ist es, Ärztin zu werden.

Das Verhältnis zur 6 Jahre älteren Schwester sei durch häufige Versuche von M. gekennzeichnet, sich gegen diese zu behaupten. Um das 4. - 5. Lebensjahr des Kindes sei es zu stärkeren Konflikten gekommen, die vorwiegend auf einem von M. gezeigten Eifersuchtsverhalten basierten.

In ihrer Erziehung, in der die Mutter sich selbst als konsequent aber verwöhnend beschreibt, ist diese auf Leistungsfähigkeit und Ordentlichkeit ausgerichtet.

Bei Eintreten der Ulcusbeschwerden könne M. auf die vermehrte Zuwendung der Mutter rechnen.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Eltern schildern M. als ein hilfsberechtigtes, gehorsames Mädchen, das sehr auf die Mutter ausgerichtet sei. M. zeige zwar Selbständigkeit, müsse jedoch als ängstlich bezeichnet werden. Ihr soziales Kontaktbedürfnis sei groß, was sich auch an der Vielzahl ihrer Freunde ablesen lasse. In Versagungssituationen verhalte M. sich passiv und ziehe sich leicht zurück.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Fingernägelnknabbern ab dem 5. Lebensjahr.

5. Äußerer Aspekt

Das körperlich altersentsprechend entwickelte Mädchen verhält sich während der Untersuchung aufgeschlossen, erledigt die ihm vorgelegten Aufgaben mit Ruhe und Konzentration.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität: 7

FPI 2 / Aggressivität: 9

FPI 4 / Erregbarkeit: 8

FPI 7 / Dominanzstreben: 8

FPI 9 / Offenheit: 9

M-B-I: keine Angaben

HANES E 1 / Geselligkeit: 8

E 2 / Aktivität: 7

Elterl. Erz.: MJ : 11

MS : 5

VJ : 11

VS : 3

Scenotest:

M. stellt eine Familiensituation dar, in die sie alle vorhandenen Spielpuppen hineinnimmt. In dem ruhig und konzentriert durchgeführten Aufbau wird in pedantisch eingehaltener Ordnung eine Spielfigur neben die andere entlang dem Spielfeldrand gelegt. Alle Figuren "schlafen"¹⁾. Während auf der einen Seite

¹⁾ Anmerkungen bzw. Erklärungen der Probanden innerhalb dieses Testes werden mit Anführungszeichen versehen.

nur die erwachsenen Figuren einschließlich der "älteren Schwester" angeordnet werden, nehmen die Kinderfiguren, in deren Mitte sich M. in der auffallenden Figur, die mit einem besonders schönen Rock bekleidet ist, selbst sieht, ebenfalls einen eigenen Teil des Testraumes ein. Die "Mutter zusammen mit einem Baby", neben welchem der kleine Stoffhund liegt, wird am dritten Testfeldrand angeordnet. Die letzte Randfläche wird schließlich von sorgfältig, symmetrisch aufgestellten Stühlen und einem Tisch mit dem davor zusammengelegten Liegestuhl eingenommen. Die Spielfeldmitte bleibt frei. Außerhalb des Testraumes baut M. den "Wald" auf.

7. Zusammenfassung

Dem 9,3 J. alten Mädchen konnte aufgrund der für diese Altersgruppe nicht vorliegenden Normwerte der M-B-I nicht vorgelegt werden, so daß sich in diesem Fall die Information über für die Patientin relevante Umweltvariablen verringert.

Die von der Mutter als sehr kontaktfreudig geschilderte M. schätzt sich selbst als durchaus gesellig (E 1) und aktiv (E 2) ein. Mutter und Vater werden als eher positiv unterstützend (MU, VU) erlebt. Auffällig ist allerdings das Szenobild. Hier ergeben sich deutliche Hinweise auf das Vorliegen von Ängsten und Vereinsamung. Das neben Zwangszügen offenbar werdende Erleben affektiver Isolierung scheint zugleich mit Anlehnungswünschen verbunden zu sein. Der sich andeutende Abstand des Kindes von seinen Eltern kann, zumindest bezüglich der Mutter, in Zusammenhang mit dem im FPI sich zeigenden hohen Wert auf der "Dominanz - Skala" (FPI 7) der Mutter gewertet werden. Die sich hier zeigende Neigung zu autoritär - konformistischem Denken sowie zur Durchsetzung der eigenen Interessen wird durch das Punktergebnis in FPI 4, das Reizbarkeit und Neigung zu Affekthandlungen zeigt, sowie in FPI 1 und FPI 2 ergänzt, wo starke Impulsivität und Unbeherrschtheit beschrieben werden.

Fall 2: Olaf, 10,3 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei O. wurde im Alter von 7,11 J. ein ulcus duodeni röntgenologisch diagnostiziert. Abdominelle Beschwerden und gelegentliches Erbrechen hatten etwa ein viertel Jahr zuvor begonnen. Die nach stationärer, konservativer Therapie durch-

geführte Röntgenkontrolle zeigte eine gute Abheilung. Zum Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung bestanden keine Beschwerden.

1a. Familiäre Belastungen

Keine.

2. Sonstige somatisch-medizinische Anamnese

Die frühe körperliche Entwicklung des Kindes verlief ohne Komplikationen. Mit 4 J. erfolgte eine Tonsillektomie, mit 7 J. eine Adenotomie. Im selben Jahr war es außerdem wegen einer leichten Gehirnerschütterung zu einem Klinikaufenthalt gekommen.

3. Biographische Anamnese

O. wurde als zweites Kind ohne Komplikationen geboren. Während der Schwangerschaft war die Mutter wegen einer Präeklampsie in Behandlung. - Das Geschwisterkind war bereits am 14. Lebenstag in Folge einer Pneumonie gestorben. - Die Mutter konnte den Säugling, der sehr wenig geschrien habe, 4 Wochen lang voll stillen. Sie habe dies in Ausgeglichenheit und Ruhe tun können.

Nachdem das Kind mit 3 J. sauber gewesen sei, kam es mit 4 1/2 J. zu einer enuresis nocturna, die jedoch nur für 3 Monate bestanden habe. Dabei hätten die Eltern mit Strenge vorgehen müssen.

O. war den Eltern schon als Kleinkind durch die mangelnde Fähigkeit, sich selbst zu beschäftigen, aufgefallen. Immer hätten sie selbst Anregungen geben müssen, worum O. sie oft gebeten habe. Bereits in den frühen sozialen Beziehungen habe er versucht, seinen Führungsanspruch durchzusetzen. Er vermied jedoch die offene Auseinandersetzung, wenn er dabei auf stärkeren Widerstand stieß. Da die Mutter neben dem Vater ganztätig berufstätig wurde, als O. 2 1/2 J. alt war, wurde der Junge zunächst in einen Kindergarten, ab dem 5. Lebensjahr in einen Hort verbracht. Sowohl während der ersten Wochen im Kindergarten als auch bei den späteren Krankenhausaufenthalten habe das Kind starkes Heimweh gezeigt.

Mit 5 Jahren war O. eingeschult worden. Nachdem zunächst keine Eingewöhnungsschwierigkeiten bestanden hatten, sei der Junge im 2. Schuljahr in den Leistungen stark abgefallen. Dabei seien es vor allem die zu umfangreichen Hausaufgaben gewesen, gegen deren Erledigung sich O. aufgelehnt habe. Die Situation habe sich nach einem Lehrerwechsel bald wieder gebessert. Der Junge, der fleißig und gewissenhaft seine schulischen Pflichten erfülle, erreichte jedoch nur durchschnittliche Ergebnisse; die elterliche Hilfe beschränkt sich auf die abendliche Kontrolle der erledigten Schularbeiten.

O.'s Berufsziel ist es, Polizist zu werden.

Trotz der etwas beengten Wohnverhältnisse, wobei 1 1/2 Zimmer für 3 Personen zur Verfügung stehen, lebt O. in einem eigenen Zimmer. Die wirtschaftliche Lage der Familie bezeichnet die Mutter als gut. Ihr Erziehungsziel sieht sie darin, ihren Jungen zu Ordentlichkeit und Ehrlichkeit zu erziehen. Als Erziehungsmittel seien dabei auch gelegentlich Schläge, vor allem seitens des Vaters, eingesetzt worden. Die Mutter beklagt dabei zugleich das mangelnde Interesse des Ehemannes, sich mit O. zu beschäftigen, der seinerseits gerade mit dem Vater etwas unternehmen möchte.

Bei Auftreten der Ulcusbeschwerden habe sich die Mutter dem Jungen verstärkt zugewendet. Sie habe ihn jeweils diätetisch versorgt. Einige Male durfte er auch der Schule fernbleiben.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter bezeichnet O. als sehr sensibel und bedrückt. Der in letzter Zeit zunehmend trotzig reagierende Junge sei sehr stark auf sie ausgerichtet und wende sich mit allen wichtigen Fragen an sie. Er sei im Grunde in sich gekehrt und zurückhaltend. In Versagungssituationen reagiere er häufig mit Weinen. O. sei zu wenig ehrgeizig.

5. Äußerer Aspekt

Der körperlich altersentsprechend entwickelte Junge erledigt zügig und angespannt die ihm vorgelegten Aufgaben. Er stellt nur wenige Verständnisfragen.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität: 3
FPI 2 / Aggressivität: 3
FPI 4 / Erregbarkeit: 3
FPI 6 / Gelassenheit: 8
FPI 7 / Dominanzstreben: 7
FPI M / Maskulinität: 9

M-B-I: U2 / Lebensgewohnheiten... : 1
U3 / Kontaktverhalten... : 1
U4 / Schulische Situation : 1
U5 / Arbeitsverhalten : 2
U6 / Kreatives Verhalten : 1
U7 / Durchsetzungsvermögen : 1

U8 / Leistungsmotivation : 2
U10 / Einstellung und Einschätzung : 1
U11 / Gesundheit ... : 2
G / Gesamt : 1

HANES: N / Neurotizismus : 8
E2 / Aktivität : 9

Elterl. Erz.: MU : 11
MS : 4
VU : 1
VS : 4

Scenotest:

O. gestaltet eine Familienszene, wobei er die einzelnen Familienmitglieder in durch Mauern voneinander abgetrennten Räumen unterbringt. Dabei wird der "Vater" im Liegestuhl liegend dargestellt, während die "Mutter" sich im Gang stehend um die Kinder kümmert. Für die Darstellung der beiden Elternfiguren wählt O. Figuren, die ein mittleres Alter anzeigen. In einem Vorgarten befinden sich Hund und Fuchs, während auf der vorbeiführenden Straße eine Reihe verschiedener Tierfiguren aufgestellt werden. Der Testraum wird nicht überschritten.

7. Zusammenfassung

Die von der Mutter vorgenommene Persönlichkeitseinschätzung des 10,3 J. alten Jungen wird durch die Ergebnisse des M-B-I voll bestätigt bzw. in der darin sichtbar werdenden Tendenz unterstützt. O. erlebt die für ihn relevante Umwelt in hoch signifikanter Weise als enttäuschend und ohne wesentliche positive Anreize (G). Er beschreibt hochgradige Unselbstständigkeit (U1), wie auch die Mutter diese seit dem Kleinkindalter beobachtet hat, Mangel an Selbstsicherheit (U7) und Darstellung der eigenen Person (U11). In Schule (U4) und sonstigem sozialen Bereich (U3) erlebt sich O. als weitgehend einflußlos. Ebenso werden in den Skalen Kreativität (U6), Arbeitsverhalten (U5) und Leistungsmotivation (U8) weit unterdurchschnittliche Werte erzielt. Allerdings ordnet der sich stark an die Mutter anlehrende Junge dieser einen relativ hohen Wert auf der Unterstützungsskala (MU) zu. Der Vater wird dabei als wesentlich weniger fördernd (VU) und im Verhältnis eher streng (VS) beschrieben. Auf der Neurotizismus - Skala (N) ist ein überdurchschnittlicher Wert zu verzeichnen. Im Scenotest deuten

sich Ängste, Isolierungserleben und orale Bedrohung an. Dem Jungen steht als maßgebliche Erziehungsperson eine als wenig nervös (FPI 3), ruhig (FPI 4), gelassen (FPI 6) und dominant (FPI 7) sich beschreibende Mutter gegenüber.

Fall 3: Monika, 10,5 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei M. wurde im Alter von 9 J. ein ulcus ventriculi röntgenologisch festgestellt. Die abdominellen Beschwerden, welche durch parumbilicale Schmerzen sowie Übelkeit und Erbrechen gekennzeichnet sind, traten erstmalig im Alter von 8 Jahren auf. Die konservative klinische Therapie hatte zunächst Linderung gebracht, doch setzten die Beschwerden bald erneut ein und bestehen gegenwärtig fort.

1a. Familiäre Belastung

Der Vater der Kindesmutter litt unter Magengeschwüren.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Mit einem halben Jahr befand sich M. wegen einer Pertussis - Erkrankung für 3 Wochen in klinischer Behandlung. Im Alter von 8,8 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

M. wurde nach unauffällig verlaufener Schwangerschaft als drittes von insgesamt 5 Geschwistern komplikationslos geboren. Die Ehe der Eltern war 3 Monate zuvor geschieden worden. M. lernte nach Angaben der Mutter ihren Vater auch später nicht mehr kennen.

Das Mädchen sei immer ein ruhiges, artiges Kind gewesen, das aber bereits im frühen Alter durch Verslossenheit und Scheu auffiel. Die Kontaktschwäche habe M. bis heute nicht verloren.

Als das Mädchen mit 6 J. eingeschult wurde, stellten sich bereits nach kurzer Zeit erhebliche Leistungsschwierigkeiten ein, sodaß nach dem 1. Schuljahr eine Umschulung in die Sonderschule vorgenommen wurde. M. habe unter diesem Vorgang sehr gelitten, zumal sie die 1. Volksschulklasse sehr gern besucht und sich auch um bessere Leistungen bemüht hätte. Gegenwärtig besucht sie die 3. Sonderschulklasse.

Mit ihren Geschwistern verstehe sich M. schlecht. Sie sei nicht in der Lage, auch berechnete Forderungen diesen gegenüber durchzusetzen. Vor allem mit den beiden 3 bzw. 4 J. älteren Brüdern bestehe häufig Streit.

Die sozialen Verhältnisse der Familie werden als mäßig bezeichnet. Für die Mutter und ihre 5 Kinder steht eine nur 3-zimmerige Wohnung zur Verfügung.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter kennzeichnet M. als sehr unselbständig. Das Mädchen wolle immer bei ihr bleiben und habe ein großes Anlehnungsbedürfnis an sie. Sie vermag sich nicht durchzusetzen, sei aber sehr hilfsbereit und gelassen.

Während des stationären Aufenthaltes der damals 9-jährigen Patientin, zu dem es wegen der Ulcusbeschwerden gekommen war, wurde aufgrund von beobachteten Verhaltensauffälligkeiten eine psychologische Untersuchung durchgeführt. In dem entsprechenden Gutachten fiel ein IQ = 69 auf, der die auch im übrigen Verhalten beobachtete Retardierung widerspiegelte. Es werden "depressive Stimmungslage, reduzierter Eigen- und Fremdantrieb verbunden mit weitgehenden Gehemmtheiten im motorisch - expansiven Bereich" beschrieben.

Nach dem sie am meisten bedrückenden Ereignis befragt, berichtet M. von ihren Geschwistern, die häufig Dinge, die ihr gehörten, wegnehmen würden. Als Beispiel erzählt sie von ihrem letzten Geburtstagsgeschenk, einer Spardose aus Porzellan, die einer ihrer Brüder ihr entwendete und aus Unachtsamkeit zerbrach. Da die anderen stärker seien als sie selbst, könne sie sich immer nur an die Mutter um Hilfe wenden, die sie meistens erlange.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Schwindel, Nägelknabbern, Herzschmerz, Kopfschmerz, Einschlafstörungen.

5. Äußerer Aspekt

Das altersentsprechend entwickelte, sich sehr freundlich gebende, häufig lächelnde Mädchen bedarf immer wieder des ermutigenden Anstoßes, die ihm vorgelegten Aufgaben zu erledigen. Es fallen eine nur schwer zu Überwindende Scheu sowie Verständnisschwierigkeiten auf, die M. sowohl im Gespräch als auch bei der anschließenden Bearbeitung der Testaufgaben zeigt. Da nur sehr eingeschränkte Lesekenntnisse vorliegen, werden M. alle Fragen der Testbogen vorgelesen. Es müssen wiederholt das Verständnis Überprüfende Nachfragen gestellt werden.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 2 / Aggressivität : 7

FPI 6 / Gelassenheit : 3

FPI 9 / Offenheit : 3

FPI M / Maskulinität : 7

M-B-I: U1 / Familiensituation : 3

U2 / Lebensgewohnheiten ... : 1

U4 / Schulische Situation : 1

U6 / Kreatives Verhalten : 2

U8 / Leistungsmotivation : 1

U9 / Verhalten bei Streß : 1

U10 / Einstellung und Einschätzung : 2

U11 / Gesundheit ... : 1

G / Gesamt : 1

HANES: E2 / Aktivität : 2

Elterl. Erz.: MU : 5

MS : 3

WJ : -

VS : -

Scenotest:

M. gestaltet eine Familiensituation, die sie unter die Überschrift "Weihnachten" stellt. Sie wählt die ins Spiel genommenen Gegenstände bedächtig, stellt mit Gründlichkeit und Vollständigkeit sämtliche EBgefäße auf. Unter dem "Weihnachtsbaum" wird neben anderen Tieren auch der Stoffhund placiert. Während des ganzen Spieles spricht M. nicht. Die "Mutter" erhält den Liegestuhl, die "Oma" den Sessel, während der "Opa" neben die "Mutter" gesetzt wird. Vor den beiden "Geschwistern" schließlich steht in der Mitte M. selbst, die sich in der Puppe mit dem auffallenden Reifrock verkörpert sieht.

7. Zusammenfassung

Das 10,5 J. alte Mädchen besucht die Sonderschule. Eine Retardierung im Bereich der geistigen Entwicklung muß nach dem Ergebnis des 1 1/2 Jahre zuvor durchgeführten HAWIE als objektiviert angesehen werden. Wie wenig positiv stimulierend

von M. für sie relevante Umweltbereiche erlebt werden, machen die Ergebnisse des M-B-I deutlich. Wenn auch aufgrund u. U. vorliegender Verständnisfehler einzelner Fragen eine Einschränkung der Bewertung erfolgen muß, so kann diese doch vorgenommen werden, zumal immer wieder Kontrollfragen gestellt wurden. Danach imponieren weit unterdurchschnittliche Werte bei der Selbsteinschätzung von Selbständigkeit (U2), Ichdarstellung (U10) und persönlichem Ehrgeiz (U8). Die geringe Frustrationstoleranz (U9) und das mangelnde Gefühl körperlicher Fitness (U11) kennzeichnen das bestehende Schwächegefühl der Patientin. Auch die Familiensituation (U1) sowie die Erziehung durch die Mutter (MU/MS), auf die M. ganz ausgerichtet sei, wird als wenig unterstützend eingeschätzt. Im Szenospiel nimmt das Mädchen die Rolle der "Prinzessin" für sich in Anspruch, womit sich deren Wunsch nach stärkerer Beachtung andeutet. Bei der Selbsteinschätzung der Mutter werden Durchsetzung und Ausgeglichenheit (FPI M), aber auch Impulsivität und Unbeherrschtheit (FPI 2) sowie Irritierbarkeit (FPI 6) angedeutet. Aufgrund des in der Skala "Offenheit" (FPI 9) vorliegenden erniedrigten Wertes und der damit sich andeutenden Verslossenheit kann die Interpretation jedoch nur eingeschränkte Gültigkeit beanspruchen.

Fall 4: Christian, 10,11 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei C. wurde mit 5 J. ein ulcus duodeni röntgenologisch diagnostiziert. 3 Monate zuvor hatten kolikartige Bauchschmerzen, vorwiegend Nüchternschmerz und Erbrechen eingesetzt. Die klinisch durchgeführte konservative Therapie brachte gute Besserung. Es kommt jedoch auch heute noch zu gelegentlichen Schmerzattacken, die sich durch diätetische Maßnahmen gut behandeln lassen.

1a. Familiäre Belastung

Der Vater leidet an Magenulcera.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Die frühe Entwicklung des Jungen wird als unauffällig beschrieben. Gegen Ende des 2. Lebensjahres sei er jedoch beim Essen zunehmend "mäkelig" geworden. Seit dieser Zeit hatte C. häufiger über Kopfschmerzen geklagt. Ein im Alter von 5 J. deshalb angefertigtes Elektroencephalogramm hatte lediglich ein "dysrhythmisches, frequenzlabiles, leicht allgemein verändertes EEG mit ganz geringer basaler Betonung ohne Herd-Nachweis ergeben.

3. Biographische Anamnese

C. wurde als das 3 1/2 J. jüngere von zwei männlichen Geschwistern geboren. Das Kind war nach Angaben der Mutter nicht erwünscht. Die Schwangerschaft war wegen der Gefahr einer Inkompatibilität im Rhesus-System mit Angst und Sorge belastet. Geburt und postnatale Phase seien jedoch bis auf einen stärkeren Ikterus ohne Komplikationen verlaufen. In der weiteren Entwicklung fiel C. dadurch auf, daß er sehr oft im Schlaf schrie und weinte. Diese Eigenart habe das Kind vom Säuglingsalter bis zum Ende des 9. Lebensjahres beibehalten. Die Mutter habe den Jungen deswegen anfangs häufig geweckt, um ihn zu beruhigen, dies jedoch später eingestellt. Die Sauberkeitserziehung sei mit Schwierigkeiten verbunden gewesen. Das bis Ende des 3. Lebensjahres häufige nächtliche Einnässen habe sich erst nach öfterem Liegenlassen des Jungen in dem durchnäßten Bett gegeben.

C. habe bereits als Kleinkind große Spielfreude an den Tag gelegt. Es sei ihm immer leicht gefallen, Kontakt zu andern Kindern zu finden.

Nach der 1-jährigen Vorschule erfolgte mit 6 Jahren die Einschulung. Wegen eines Wohnungswechsels innerhalb der Stadt mußte nach dem 1. Monat eine Umschulung vorgenommen werden. Zu diesem Zeitpunkt seien verstärkt Konzentrationsschwierigkeiten aufgetreten, die sich auch bei der Erledigung der häuslichen Schularbeiten gezeigt hätten. Aufgrund einer festgestellten "leichten Legasthenie" habe die Mutter vorwiegend das Lesen mit dem Jungen geübt, wobei sie des öfteren hätte Zwang anwenden müssen. Die Schule, deren Pflichten C. immer akzeptiert habe, sei von Anfang an eine starke Belastung für den Jungen gewesen. Er sei von Lob und Tadel sehr abhängig. Das eigentlich ehrgeizige Kind habe bei schlechten Leistungen immer von der Mutter getröstet werden wollen.

Die soziale Lage der Familie sei bis zum Umzug, als C. 6 J. alt war, eher gespannt gewesen. Erst zu diesem Zeitpunkt habe der Junge, der bis dahin mit dem 3 1/2 J. älteren Bruder zusammen in einem Raum untergebracht war, sein eigenes Zimmer erhalten.

Die hauptsächliche Erziehungsaufgabe sieht die Mutter in der Heranbildung eines ehrlichen, guten und treuen Menschen. Ordentlichkeit, die z.B. das Ausziehen der Schuhe innerhalb der Wohnung verlangt, wird dabei als ebenso wichtiges Ideal angesehen.

Das Geschwisterverhältnis war nach Auskunft der Mutter früh durch schwere Streitereien gekennzeichnet. Bei den häufigen Auseinandersetzungen, während derer C. im Alter von 5 J. seinen Bruder sogar mit einem Messer angegriffen habe, sei der 3 1/2 J. jüngere Junge allerdings häufiger Sieger geblieben. In den meisten

Fällen löse dieser auch den Streit, der häufig aufgrund von Eifersuchtshaltungen entstehe, aus.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter beschreibt C. als einen "aktiven Draufgänger", der in der Schule häufiger den aktiven Führer abgeben wolle. Allerdings gelänge das nicht immer. Bei zu großem Widerstand ziehe er sich dann lieber zurück. Bei Belastung oder stärkerer Anstrengung auch im körperlichen Bereich reagiere der Junge in letzter Zeit häufig mit starker Erregung, wobei auch Zittern und Kopfschmerzen auftreten. C. sei sehr hilfsbereit und gehorsam. Sein Anlehnungsbedürfnis an die Mutter sei stark.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Kopfschmerzen.

5. Äußerer Aspekt

C., der sich vor allem zur Mutter hingezogen fühlt, bleibt im Gespräch verschlossen und ausweichend. Die ihm gestellten Aufgaben erledigt er mit sichtbarer Unruhe und Hast. Auffällig ist die selbst vorgenommene Einrichtung seines Zimmers. Den Hauptteil des Raumes nimmt ein Kaufmannsladen ein, in dem sich peinlich beachtete Ordnung zeigt. Eine Fülle von Artikeln ist in exakter und sauberer Weise aufgestellt, nichts liegt herum.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 2 / Aggressivität : 3
FPI 5 / Geselligkeit : 8
FPI N / Emot. Labilität : 3
FPI E / Extraversion : 7

M-B-I: U1 / Familiensituation : 9
U2 / Lebensgewohnheiten... : 2
U3 / Kontaktverhalten... : 9
U4 / Schulische Situation : 8
U5 / Arbeitsverhalten : 3
U7 / Durchsetzungsvermögen : 9
U9 / Verhalten bei Streß... : 1
U10 / Einstellung und Einschätzung : 7
U11 / Gesundheit... : 2

HANES: E1 / Geselligkeit : 9

E2 / Aktivität : 9

Elterl. Erz.: MU : 9

MS : 6

VU : 7

VS : 8

Scenotest:

Im Szenospiel verhält sich C. umständlich. Durch hastige Bewegungen wirft er immer wieder einzelne Aufbauten um. Nachdem zunächst eine Flußszene mit dem darin lauernden Krokodil aufgebaut wurde, gibt er diese unvollendet wieder auf und stellt eine häusliche Szene, in der die Kinder "Verstecken spielen" dar. Die Umrandung des Versuchsraumes wird nicht überschritten. Ein als "Schweinstall" aufgebauter Raum wird mit dem Fell ausgelegt. "Vater und Mutter" sind beim Essen dargestellt. Mit großer Mühe balanciert C. einen Vogel auf den Apfelbaum. Dieser Vogel möchte er selber sein. Im Vordergrund bedroht der Fuchs Huhn und Kücken.

7. Zusammenfassung

In der Anamnese des 10,11 J. alten Jungen ist der sehr frühe Beginn der Ulcus-symptomatik und die schon im 5. Lebensjahr gestellte Ulcusdiagnose bemerkenswert. Ferner fällt der von der Mutter angedeutete schwere Geschwisterkonflikt auf, bei welchem von dem Versuch des erst 5-Jährigen berichtet wird, den 3 1/2 J. älteren Bruder mit dem Messer anzugreifen. C., den die Mutter als in der Gemeinschaft aktiv sich durchsetzend und sogar als draufgängerisch bezeichnet, schätzt die eigene soziale Bedeutung (U3) überdurchschnittlich hoch ein. Selbstsicherheit (U7) und positive Ich-Darstellung (U10), Geselligkeit (E1) und Aktivität (E2) steht jedoch ein sehr geringer Wert auf der Selbständigkeitsskala (U2) gegenüber. Ebenso werden bei der Einschätzung von Frustrationstoleranz und körperlicher Fitness deutlich unterdurchschnittliche Werte erreicht. Während der Vater als eher streng (VS) beurteilt wird, ordnet C. der Mutter, die sich selbst als psychisch stabil (FPI N, FPI 2) einschätzt, einen höheren Wert auf der Unterstützungsskala (MU) zu. Es findet sich eine stärkere Schulleistungsproblematik. Dem von der Mutter geschilderten schulischen Leistungsehrgeiz des Jungen, dem allerdings höchstens durchschnittliche Ergebnisse entsprechen, könnte die man-

gelhaft abgesicherte Tendenz zur Höhe zur Seite gestellt werden, wie sie in der Identifikation mit dem im Scenotest dargestellten Vogel zum Ausdruck kommt.

Fall 5: Marina, 11,3 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei M. wurden im Alter von 10,5 J. ein Ulcus im Pylorusbereich und ein weiteres im Bulbus duodeni röntgenologisch diagnostiziert. Seit einem halben Jahr zuvor waren öfters Schmerzen im gesamten Oberbauch vorwiegend ca. 1 - 1 1/2 Std. nach der Nahrungsaufnahme aufgetreten. Gelegentlich bestanden Übelkeit und Erbrechen. Die Mutter suchte wegen dieser Symptomatik mehrmals die Ambulanz des Krankenhauses auf, was beim dritten Mal zur stationären Aufnahme führte. Nach einer konservativen Therapie wurde nur vorübergehende Besserung erzielt.

1a. Familiäre Belastungen

Keine.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Im 2. Lebensmonat war ein 2-monatiger Klinikaufenthalt wegen "Verdauungsstörungen" notwendig geworden. Mit 6 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt. Mit 8 1/2 J. erfolgte eine symptomatische Klinikbehandlung wegen Erbrechen und Bauchschmerz. Zugleich war ein Nasen-Rachen-Infekt diagnostiziert worden. Im Alter von 9,8 J. kam es wegen einer Pansinusitis, aufgrund derer M. seit einem halben Jahr unter Kopfschmerzen gelitten hatte, zu einer klinischen Behandlung. Eine zu diesem Zeitpunkt durchgeführte EEG-Untersuchung erbrachte keinen pathologischen Befund.

3. Biographische Anamnese

M. wurde nach einer unkomplizierten Schwangerschaft mit Hilfe einer Vakuumextraktion geboren. Nach Angaben der Mutter wurde das geschwisterlose Kind während der ersten 6 Wochen voll gestillt. Die Mutter habe in Ruhe regelmäßig die Stillarbeit verrichten können. Der Vater sei allerdings mit der starken Zuwendung der Mutter zu M. nicht einverstanden gewesen. Komplizierend kam hinzu, daß der Säugling bereits im Anschluß an die erste Lebenswoche rezidivierend an fieberhaften Infekten erkrankte, die einer 6-wöchigen Behandlung durch den Hausarzt

bedurften. Die Wohnverhältnisse seien zu diesem Zeitpunkt durch Feuchtigkeit und Kälte bedingt sehr schlecht gewesen. Die dann gegen Ende des 2. Lebensmonates auftretenden Verdauungsstörungen wurden bereits oben genannt. Die weitere Entwicklung des Kindes, das sehr still und ruhig gewesen sei, sei zunächst unauffällig gewesen. Die Familie wurde jedoch zunehmend durch Spannungen zwischen den Eheleuten belastet. In der etwa 3 Monate vor der Geburt des Kindes geschlossenen Ehe hatten die Schwierigkeiten schon bald stark zugenommen. Bei den wiederholt und lautstark geführten Auseinandersetzungen sei M. nur selten zugegen gewesen, da die Mutter das Kind in solchen Fällen meist der Großmutter übergab. M. war 4 J. alt, als der Vater zum ersten Mal die Scheidung beantragte. Obwohl dieser Antrag dann auf Betreiben der Mutter zurückgenommen wurde, kam es 3 J. später endgültig zur Ehescheidung. Seitdem besucht der Vater ca. alle 1 1/2 Monate die Familie, um sich besonders mit M., die sehr an ihrem Vater hänge, zu beschäftigen. Die Mutter, die diesen Kontakt verringern möchte, betont jedoch nachdrücklich, daß sie es gewesen sei, die sich hauptsächlich um das Kind gekümmert habe. Auch gegenwärtig sei sie ganz für M. da, wenn sie nachmittags von der Arbeit nach Hause kommt. M. habe ihrerseits volles Vertrauen zur Mutter und frage sie in allen Dingen um Rat.

Befragt nach ihrem Verhalten bei Auftreten der Ulcusbeschwerden des Kindes, erklärt die Mutter, daß M. dann öfter der Schule fern bleiben dürfe, sie sich aber wegen der eigenen Berufstätigkeit während des Tages selbst zu versorgen habe. Während des Krankenhausaufenthaltes wegen der im Alter von 10,5 J. durchgeführten konservativen Ulcustherapie wurde M. wegen auffälliger Verhaltensstörungen, die in aggressivem und abweisendem Benehmen gesehen worden seien, einer psychologischen Untersuchung zugeführt. Hierbei war der Mutter mitgeteilt worden, daß das Kind aufgrund einer starken Anhänglichkeit an den inzwischen seit fast 3 1/2 J. geschiedenen Vater unter starker Belastung stehe. Der Mutter sei die Diagnose einer Verhaltensstörung jedoch unerklärlich gewesen. Sie habe diesbezüglich nie Besonderheiten bei ihrer Tochter beobachtet. Dennoch stimmte sie den angeratenen häufigeren Besuchen des Vaters zu.

Zur schulischen Entwicklung des mit 7 J. eingeschulten Kindes merkt die Mutter an, daß M. die Schule sehr ernst nimmt. Ihre Leistungen sind entsprechend den Zeugnissen durchschnittlich bis überdurchschnittlich. Sie will das Gymnasium erreichen und später Lehrerin werden.

Der Kontakt zu anderen Kindern sei M. immer leicht gefallen. Sie sei in Gemeinschaft daran interessiert, die Führerrolle zu übernehmen, was ihr auch durchaus gelinge.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter beschreibt M. als sehr gehorsames und ordnungsliebendes Kind, das sehr auf die Mutter ausgerichtet sei. Die Grundstimmung des sehr sensiblen Kindes sei freudig. Sie komme mit anderen Kindern sehr gut aus und könne sich gut durchsetzen.

5. Äußerer Aspekt

Das 11,3 J. alte Mädchen zeigt als körperlich auffälligen Befund eine heisere, verschleimt klingende Sprache. Bei der Exploration und Testdurchführung fällt eine starke Unruhe auf. Es besteht eine starke Abhängigkeit von der Aufmerksamkeit der Mutter, bei der sie sich wiederholt vor einer endgültigen Antwort rückversichern will. Auf die Beziehung zum Vater angesprochen reagiert sie unsicher, gesteht ihre Zuneigung erst bei Abwesenheit der Mutter ein. Allerdings verweigert sie die Bearbeitung des Fragebogens, der den Erziehungseinfluß des Vaters erfragen soll.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität : 2

FPI 3 / Depressivität : 1

FPI 4 / Erregbarkeit : 1

FPI 7 / Dominanzstreben : 3

FPI N / Emot. Labilität : 2

FPI M / Maskulinität : 8

M-B-I: U1 / Familiensituation : 1

U3 / Kontaktverhalten... : 9

U5 / Arbeitsverhalten : 8

U6 / Kreatives Verhalten : 9

U8 / Leistungsmotivation : 8

U9 / Verhalten bei Streß... : 9

U10 / Einstellung und Einschätzung : 7

G / Gesamt : 7

HANES: N / Neurotizismus : 4

E1 / Geselligkeit : 9

E2 / Aktivität : 5

L / Lügenskala : 9

Elterl. Erz.: MU : 9

MS : 0

VU : -

VS : -

Scenotest:

M. gestaltet eine Familiensituation. Sie arbeitet dabei konzentriert und geht planvoll vor. Zuerst wird der Liegestuhl für die "Mutter" aufgebaut, danach erfolgt die Verteilung der Kinder. Sie selbst stelle die der "Mutter" am nächsten postierte Kindergruppe dar. Schließlich werden der "Opa" im Sessel, "Vater und Oma" am rechten Rand des Testraumes untergebracht. Die Babypuppe liegt auf einem Tisch beim "Großvater". Alle Figuren werden jeweils in Zweiergruppen am Testrand angeordnet. Als sie den Fuchs hinter einer Tanne in Stellung bringt, korrigiert sie wiederholt die Position des nahe davor stehenden Stoffhundes.

7. Zusammenfassung

Die biographische Anamnese des 11,3 J. alten Mädchens ist durch die Ehescheidung der Eltern gekennzeichnet, zu deren Zeitpunkt M. 7 Jahre alt war. M. verblieb in der Obhut der Mutter. Als 3 J. später eine klinische konservative Ulcus-therapie durchgeführt wird, kommt es wegen eines auffälligen, "aggressiv und abweisenden Verhaltens" zu einer psychologischen Untersuchung, in deren Verlauf eine trotz der Scheidung noch immer starke Vaterbindung des Mädchens erkannt wird. Diese Bindung scheint auch gegenwärtig noch vorzuliegen. Der Vater besucht nach Mitteilung der Mutter die Familie in Abständen von etwa 1 1/2 Monaten, um sich vor allem mit M. zu beschäftigen. Wenn auch die Ergebnisse, die M. bei der Beantwortung der Fragebogen erzielt, aufgrund eines sehr hohen Lügenscores (L) nur mit Zurückhaltung zu verwerten sind, so ist im genannten Zusammenhang doch der sehr niedrige Wert bei der Einschätzung der Familiensituation zu berücksichtigen, zumal diesem extrem hohe Werte auf den meisten M-B-I-Skalen gegenüber stehen. Die Positive Bewertung des mütterlichen Erziehungsstiles (MU) muß von hieraus eingeschränkt werden. Neben sich zeigenden Anlehnungstendenzen ist dem Scenobild auch der Hinweis auf das Erleben oraler Bedrohung zu entnehmen. Insgesamt entsprechen die überdurchschnittlichen Ergebnisse in der Beschreibung des eigenen sozialen Einflusses (U3), der Ich-Darstellung (U10) sowie auch des persönlichen Ehrgeizes (U8) dem Explorationsbefund.

Fall 6: Sabine, 11,6 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Im Alter von 11,3 J. wurde bei S. ein ulcus duodeni röntgenologisch gesichert. Zugleich fand sich ein weiteres fragliches Ulcus an der aboralen Vorderwandseite des Bulbus. 2 Monate zuvor war Nüchternschmerz im Epigastrium mit gürtelförmiger Ausstrahlung erstmals aufgetreten. Die konservative Ulcustherapie brachte Linderung, jedoch noch keine Beschwerdefreiheit.

1a. Familiäre Belastung

2 Geschwister der Kindesmutter sowie der Großvater mütterlicherseits litten unter Magengeschwüren. Bei der 9 Jahre älteren Schwester S.'s besteht ebenfalls ein Magengeschwür.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Die körperliche Entwicklung des Kindes verlief zunächst unauffällig. Mit 7 J. erkrankte S. an einer Pyelonephritis. Im Alter von 8 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt. In den letzten 5 Jahren kam es häufig zu Erkältungen.

3. Biographische Anamnese

S. wurde nach unkomplizierter Schwangerschaft geboren. Das Mädchen war nach Angaben der Mutter vor allem auch deshalb nicht erwünscht, weil das einzige Geschwisterkind, eine Schwester, zu diesem Zeitpunkt bereits 9 J. alt war. Das Stillen verrichtete die Mutter aufgrund eigener körperlicher Schwäche nur 8 Tage lang selbst. S. habe sich körperlich unauffällig entwickelt, sie sei von ersten Tage an ein guter Esser gewesen. Allerdings habe schon früh eine Neigung bestanden, bei leichter Erregung zu erbrechen. Diese Symptomatik sei bis in das 7. Lebensjahr hinein aufgetreten. S. sei immer ein sehr stilles Kind gewesen. Die Sauberkeitserziehung, die mit 2 J. abgeschlossen war, sei mit einer gewissen Strenge durchgeführt worden, wobei das Einüben gelegentlich durch Festbinden des Kindes am Tischbein erfolgte.

Als ein Charakteristikum des Verhaltens, welches schon im Kleinkindalter beobachtet worden sei, kennzeichnet die Mutter eine starke Unselbständigkeit. Zugleich habe ein Mangel an Kontaktnahme zu andern Kindern imponiert. Es habe dafür in viel stärkerem Maße als die ältere Schwester die Zuwendung der Eltern gefordert, welche somit als einzige Spielpartner für sie in Frage gekommen seien.

Dabei hatten die Eltern den starken Aufmerksamkeitswünschen des Kindes nur in begrenztem Maß entsprechen können, da einerseits der Vater sehr mit beruflichen Angelegenheiten beschäftigt gewesen sei und andererseits die Mutter auch für die ältere Tochter zu sorgen gehabt hätte. S. habe nur mit Widerstreben gelernt, sich allein zu beschäftigen.

Das Verhältnis zur 9 Jahre älteren Schwester war nach Angaben der Mutter von Anfang an schlecht. Obwohl die Geschwister aufgrund des Altersunterschiedes wenig miteinander gespielt hätten, habe doch immer eine Spannung bestanden, die vor allem von S. ausgegangen sei. Obwohl es zu offenen Auseinandersetzungen nur selten gekommen war, habe S. die Schwester abgelehnt, was sie auch heute noch tue. Die Mutter habe S. deshalb auch nur selten der Obhut der älteren Schwester überlassen können, obgleich diese sich mit viel Verständnis um ihre jüngere Schwester bemüht habe.

Mit 6 1/2 J. wurde das Kind eingeschult. Die Eingewöhnung erfolgte ohne Komplikationen. Nach Meinung der Mutter entwickelte S. jedoch keinen genügenden Leistungsehrgeiz. Man habe das Kind vor allem bei der Erledigung der Schularbeiten immer wieder "antreiben" müssen. Durch die Mithilfe der Mutter wurden in den ersten beiden Schuljahren durchaus gute Leistungen erreicht. Gegen Ende des 9. Lebensjahres sank das schulische Leistungsniveau jedoch merklich ab. Von Seiten der Lehrer wurde zunehmend mangelhafte Teilnahme vermerkt.

Dies ist zugleich der Zeitpunkt, zu dem die Familie durch den nach kurzer, schwerer Krankheit eintretenden Tod des Vaters getroffen wurde. Erheblicher noch als die Mutter, die seitdem schwer unter dem Verlust des Ehemannes leidet, viel stärker noch als die Schwester sei S. vor allem in der ersten Zeit von diesem Ereignis betroffen worden. Das Verhalten des Kindes, das sehr am Vater gehangen habe, hätte sich seitdem vorwiegend in Richtung noch größerer Empfindsamkeit verändert. Bei S., die auch jetzt noch häufig in entsprechenden Aussprüchen andere Kinder um ihre Eltern beneide, seien zu Anfang oft anhaltende Weinkrämpfe aufgetreten.

Ein besonderes Problem stelle die weiterhin uneingeschränkte Forderung des jetzt 11,6 J. alten Mädchens an die Mutter dar, sich mit ihr zu beschäftigen. Da die Mutter seit dem Tod des Ehemannes berufstätig werden mußte, sei dieses Verlangen des an vollständige Abhängigkeit gewohnten Kindes nicht zu erfüllen.

Die Mutter sei bestrebt, das Kind zu stärkerer Unabhängigkeit zu erziehen, sei jedoch letztlich zu nachgiebig. Wichtigere Ziele sind ihr die Erziehung zu Ehrlichkeit und Ordentlichkeit sowie das Erreichen guter, wenn auch nicht sehr guter Leistungen.

Die jetzt seit einem halben Jahr bestehenden Ulcusbeschwerden führten in der Mehrzahl der Fälle dazu, daß S. der Schule fernbleibe, sich jedoch dann allein zu Hause versorgen müsse. Vor 3 Monaten war eine klinische konservative Behandlung mit nur geringem Erfolg durchgeführt worden. Die Mutter hatte aufgrund der inständigen Bitten des Kindes S. bereits nach 12 Tagen wieder nach Hause genommen.

4. Persönlichkeit des Kindes

In der Persönlichkeitskennzeichnung des Kindes hebt die Mutter neben der starken Anhänglichkeit an sie selbst eine auffallende Unselbständigkeit hervor. Das sehr sensible Kind könne sich jedoch sowohl ihr gegenüber als auch in der schulischen Gemeinschaft durchsetzen. S. selbst betont in der Befragung mehrfach den Verlust des Vaters, den sie sehr gern gehabt habe. Für sie sind die noch immer mehrmals in der Woche stattfindenden Friedhofsbesuche von großer Wichtigkeit, weil sie dort etwas vom Vater "fühlen könne". Die Mutter, der sie zwar alles sagen könne, empfindet S. als zu streng. Sie würde zu sehr von ihr kritisiert. Gefragt nach ihrem größten Wunsch nennt sie einen großen Spielplatz vor dem Haus, auf dem sie mit Freundinnen spielen könnte.

5. Äußerer Aspekt

Die jetzt 11,6-jährige S. zeigt einen altersgemäß entwickelten Körperzustand. Sie äußert sich Überlegt und zurückhaltend. Die Testaufgaben führt sie zügig und gewissenhaft aus, wobei sie nur selten eine Verständnisfrage stellt. Ihr eigenes Zimmer ist schlicht und schmucklos eingerichtet.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 4 / Erregbarkeit : 7

FPI 8 / Gehemmtheit : 3

M-8-I: U1 / Familiensituation : 8

U2 / Lebensgewohnheiten : 3

U4 / Schulische Situation : 1

U5 / Arbeitsverhalten : 2

U7 / Durchsetzungsvermögen : 7

U8 / Leistungsmotivation : 9

U9 / Verhalten bei Streß... : 1

HANES: N / Neurotizismus : 9

E1 / Geselligkeit : 8

E2 / Aktivität : 8

Elterl. Erz.: MU : 4

MS : 5

VU : -

VS : -

Scenotest:

In ruhiger und zielorientierter Überlegung gestaltet S. das Scenobild, in welchem sie eine Familiensituation darstellt. Dabei überschreitet sie nicht die Grenzen des Versuchsraumes. Dargestellt werden der "Vater" und eine Anzahl von Kindern. Sie selbst sei die junge Frau im Liegestuhl. Auf einem in der Mitte aufgestellten Teller befinden sich viele Spielsachen. Die übrige Hälfte des Testraumes nimmt eine Wald- und Tierszene ein, in welche auch die Kuh aufgenommen wird. Im Wald lauert der Fuchs.

7. Zusammenfassung

Das 11,6 J. alte Mädchen, von der Mutter als seit dem Kleinkindalter auffallend unselbständig gekennzeichnet, beschreibt auch selbst den Mangel an Eigenständigkeit (U2). Für S. ist die Familie der Bereich, den sie stark fördernd erlebt (U1). Bei hohen bzw. sehr hohen Werten, die in den Skalen, welche die Selbsteinschätzung von Ausdauer (U7) und persönlichem Ehrgeiz (U8) wiedergeben, schildert sie die schulische Situation (U4) als sehr negativ. Die bereits in der biographischen Anamnese beschriebene Leistungsschwäche spiegelt sich in diesem Ergebnis wie auch in dem relativ unterdurchschnittlichen Wert in der Skala Arbeitsverhalten (U5) wieder. Zugleich gibt das Scenobild einen Hinweis auf die von Seiten der Patienten erlebte Überforderung. Das hohe Maß an Ängstlichkeit und die sehr geringe Frustrationstoleranz, die in der M-B-I-Skala U9 zum Ausdruck kommen, können in Verbindung mit dem hohen Wert auf der Neurotizismus-Skala (N) gewertet werden. Die sich im FPI als selbstbewußt und selbstsicher (FPI 8) beschreibende, zugleich aber auch zu reizbarem und gespanntem Verhalten (FPI 4) tendierende Mutter wird von S. entsprechend der schon in der Exploration gemachten Aussage als zu streng und nur wenig unterstützend eingeschätzt (MU/MS).

Die biographische Anamnese des durchaus zu Geselligkeit und Aktivität neigenden Kindes ist durch den Tod des Vaters gekennzeichnet. Ob das im M-B-I geschilderte und letztlich auch von der Mutter beschriebene Erleben von Deprivation erst in Abhängigkeit von diesem Ereignis einsetzte, läßt sich nicht entscheiden. 2 Jahre nach dem Tod des Vaters setzten die Ulcusbeschwerden ein. In

dieser Zeit bemühte sich S. zugleich vermehrt um die Aufmerksamkeit und Zuwendung der Mutter, konnte diese jedoch schon wegen deren Berufstätigkeit nicht erlangen.

Fall 7: Andreas, 14,4 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei A. waren im Alter von 9 J. zum ersten Mal abdominelle Schmerzen, vorwiegend im Epigastrium, verbunden mit Übelkeit und Erbrechen aufgetreten. Röntgenologisch wurde 1 J. später ein *ulcus duodeni* festgestellt. Die konservative klinische Therapie brachte Linderung. 1 J. nach dem Klinikaufenthalt setzten die vorwiegend durch Nüchternschmerzen gekennzeichneten Beschwerden, wenn auch in größeren Abständen, erneut ein.

1a. Familiäre Belastung

Die Großmutter mütterlicherseits litt an Magengeschwüren.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Bei dem in der körperlichen Entwicklung ansonst unauffälligen Jungen wurde im Alter von 10 J. eine Tonsillektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

Schwangerschaft und Geburt des Kindes waren mit Komplikationen behaftet. Die Mutter befand sich während der Gravidität wegen einer Hyperemesis für 6 Wochen im Krankenhaus. Die Geburt mußte durch Blasensprengung eingeleitet werden, da die Frucht erheblich Übertragen worden war. Die Mutter konnte den Säugling nur für 8 Tage voll stillen. Als sie 8 Wochen nach dem Geburtstermin wieder berufstätig wurde, übernahm vorwiegend eine Schwester der Mutter die Versorgung des Kindes. A. sei ein sehr ruhiges Kind gewesen.

Etwa gegen Ende des 1. Lebensjahres begannen nach Angaben der Mutter zunehmend stärkere Spannungen zwischen den Eltern die familiäre Situation zu belasten. Im Verlauf der häufigen Auseinandersetzungen sei es auch zu Gewalttätigkeiten des Vaters gegen die Ehefrau gekommen. Auf Betreiben der Mutter wurde zunächst eine vorübergehende Trennung beschlossen. Einige Zeit später zog diese mit dem Jungen jedoch zu dem inzwischen in Westdeutschland lebenden Ehemann, um nochmals ein gemeinsames Zusammenleben zu versuchen. Nachdem sich dieses während eines fast

1-jährigen Zeitraumes als nicht mehr durchführbar erwies, kehrte die Mutter mit dem jetzt 3-jährigen Kind wieder nach Berlin zurück. Die Ehe wurde geschieden. Die Mutter, deren Obhut A. zugesprochen worden war, nahm erneut eine ganztägige Berufstätigkeit auf und verbrachte den Jungen tagsüber in eine Pflegestelle. A. hatte nach Ansicht der Mutter in der Stelle viel unter mangelndem Verständnis zu leiden, was dazu führte, daß der Junge dort keinen Kontakt hätte finden können und bezüglich des Pflegepersonals sogar Haßgefühle entwickelte. Dennoch blieb A. bis zu seinem 7. Lebensjahr in der Pflegestelle untergebracht. Die Mutter, bei der seit der Ehescheidung immer wieder seelische Erschöpfungszustände aufgetreten seien, habe keine Alternativlösung für das Kind finden können. Besuche des Vaters waren für A. in ca. 3-wöchigem Abstand möglich und werden auch heute noch -wenn auch seltener- vorwiegend auf Wunsch des Vaters vorgenommen. Der Aufenthalt in der Familie des geschiedenen Vaters, der schon bald eine neue Eheverbindung eingegangen war, sei besonders durch die ablehnende Haltung der neuen Ehefrau des Vaters zunehmend mit Belastungen für A. verbunden. Auch die Mutter hatte etwa 1 1/2 J. nach der Trennung eine neue Bekanntschaft geschlossen, die weitere 2 1/2 J. später in eine Ehe einmündete, als A. 7 J. alt war. Mit seinem Stiefvater sei der Junge von Anfang an sehr gut ausgekommen.

Seit seinem 10. Lebensjahr hegt A. den starken Wunsch, eine Namensänderung auf den jetzigen Namen der Mutter bzw. den des Stiefvaters zu erlangen. Der leibliche Vater lehnte diesen Wunsch bisher ab. A. wurde zur Überprüfung dieses Anliegens bereits zum dritten Mal einer psychiatrischen Begutachtung unterzogen. Anhand dieser Untersuchungen wurde die angestrebte Namensänderung wiederholt empfohlen.

Die Schule habe A., der mit 6 1/2 J. eingeschult worden war, von jeher sehr ernst genommen. Seine Schulaufgaben erledige er immer selbständig. Von Seiten der Lehrer sei wiederholt über Konzentrationsschwäche geklagt worden. Seine schulischen Leistungen seien jedoch gut, besonders im Unterricht der Lehrer, die ihm Zuwendung und Anerkennung entgegenbrächten. Besondere Probleme seien in den letzten Jahren im Fach Sport entstanden. A. könne hier oft aus Angst bestimmte Übungen nicht durchführen, obwohl diese für die Bewertung von gewichtiger Bedeutung sind. A. ist in großer Sorge, durch ein Versagen in diesem Fach seine Schulsituation zu gefährden.

Befragt nach dem Beginn der mit dem Ulcus zusammenhängenden Beschwerden nennt die Mutter einen Ferienaufenthalt des Jungen, zu dem dieser das erste Mal für

längere Zeit von zu Hause fort gewesen sei. A. sei von den dortigen Heimeltern aufgrund angeblicher Aufsässigkeit wiederholt bestraft und auch geschlagen worden. Ihr Erziehungsziel sieht die Mutter in der Entwicklung von Ordentlichkeit und Ehrlichkeit.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter bezeichnet A. als gehorsamen und hilfbereiten Jungen; sie ist überzeugt, sein Vertrauen in allen wichtigen Fragen zu besitzen. Er sei sehr auf sie ausgerichtet und vielleicht zu wenig selbständig. Zugleich bestehe eine große Ängstlichkeit. Über ein Versagen in der Schule oder bei Auseinandersetzungen mit Kameraden ärgere sich A. lange und anhaltend. Es falle ihm schwer, Freundschaften zu schließen.

In den anlässlich seines Bestrebens der Namensänderung erstellten psychiatrischen Untersuchungs-Protokollen wird A. als hoch sensibel, schwer neurotisch, depressiven Verstimmungen unterworfen und seelisch leicht verletzbar gekennzeichnet. Der sehr ehrgeizige Junge sei ernsten Widerständen nicht gewachsen. Der Wunsch nach Namensänderung sei seiner starken Mutterbindung entsprungen, ihn treibe der Wunsch nach Sicherung seiner Position an der Seite der Mutter.

A. selbst bezeichnet sich als fröhlich und beklagt sich darüber, daß die ihn umgebenden Menschen, besonders die Eltern so selten fröhlich seien. Er fühlt sich oft ungerecht behandelt, vor allem von seiten des Stiefvaters, den er als launisch bezeichnet. Zugleich belaste ihn die starke Ordnungsliebe der Mutter. Er leidet unter großer Ängstlichkeit; in seinen Träumen spielen sich immer wieder Szenen ab, in denen er von großen, unheimlichen Tieren angegriffen wird.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Nägelknabbern seit Schulbeginn.

5. Äußerer Aspekt

A. ist sichtlich bestrebt, einen lustigen und unbeschwerten Eindruck zu erwecken. Hinter der verlegen-lustigen Art des altersgemäß entwickelten, jedoch einen eher zerbrechlichen Eindruck erweckenden Jungen deutet sich schwerste Bedrückung an: schon nach kurzem Gespräch über seine Angst im Schulsport wird allgemeine Leistungsangst deutlich. Er weint bei dem Gedanken, in der nächsten Französischarbeit schlecht abzuschneiden, da er sich dann vor der Klassengemeinschaft blamiere.

Die ihm vorgelegten Testaufgaben führt er sehr gewissenhaft mit häufigen Rückfragen aus. Mit Stolz zeigt er schließlich seine von ihm sehr umsorgten Kaninchen vor.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität : 7

FPI 2 / Aggressivität : 8

FPI 4 / Erregbarkeit : 7

FPI N / Emot. Labilität : 9

FPI M / Maskulinität : 1

M-B-I: U1 / Familiensituation : 8

U2 / Lebensgewohnheiten... : 2

U6 / Kreatives Verhalten : 3

U8 / Leistungsmotivation : 9

U9 / Verhalten bei Streß... : 1

U10 / Einstellung und Einschätzung : 1

U11 / Gesundheit... : 1

G / Gesamt : 1

HANES: N / Neurotizismus : 9

Elterl. Erz.: MU : 4

MS : 1

VU : 8

VS : 7

Scenotest:

Im Szenospiel stellt A. einen Bauernhof mit angrenzendem Wald dar. Mit Sorgfalt und unter häufigem Auswechseln einzelner Teile werden Haus, Mauern und Brücken errichtet. Die rechte Testraumhälfte wird von einem "Teich" eingenommen. Auf der Mauer vor dem Haus liegt der "Hausschlüssel". Auf dem Dach neben dem hohen Schornstein nistet der Storch.

Personen werden ausdrücklich nicht ins Spiel genommen, weil das dann "zu schwierig" werden würde. Neben anderen Tieren werden auch der Stoffhund einerseits und der Ganter andererseits einbezogen.

7. Zusammenfassung

Der Untersuchungsbefund des 14,4 J. alten Jungen kann an das Ergebnis der 1 J. zuvor durchgeführten psychiatrischen Begutachtung anschließen. Der dort als "schwer neurotisch" bezeichnete Patient erreicht auf der Skala Neurotizismus (N) einen weit überdurchschnittlichen Punktscore. Bei einem ebenfalls weit überhalb der Altersnorm liegenden Wert in der Selbsteinschätzung des persönlichen Ehrgeizes (U8) beschreibt sich A. als unselbständig (U2). Sehr auffällig sind ferner die weit unterdurchschnittlichen Werte in den Skalen, die Einschätzung von Belastbarkeit (U9), körperliche Fitness (U11) und Ich-Darstellung (U10) wiedergeben.

Bei der Auswertung des Scenobildes ergeben sich Hinweise auf auch seitens der Mutter genannte vermehrte Ängstlichkeit einerseits sowie Kontaktstörungen des Kindes andererseits. Es deuten sich Erfahrung von Einsamkeit und Isolation neben dem Wunsch nach Anlehnung an.

A., der seine Umwelt wenig positiv fördernd (G) erlebt, umschreibt jedoch eine deutlich fördernde Unterstützung durch die familiäre Situation (U1). Dabei räumt er dem Stiefvater eine insgesamt größere Bedeutung ein, wenn man das Ergebnis der den elterlichen Erziehungsstil erfragenden Skalen heranzieht. Die Bedeutung der leiblichen Mutter in dieser durch Ehescheidung und Wiederverheiratung beider Elternteile gekennzeichneten familiären Entwicklung, in deren Verlauf A. ständig in der mütterlichen Fürsorge verblieben war, vermag auch das Ergebnis des FPI tendenziell zu beschreiben. Demnach stellt sich die Mutter selbst als emotional äußerst labil (FPI N), nervös (FPI 1), aggressiv (FPI 2) und leicht erregbar (FPI 4) dar. Die Werte entsprechen den bereits in der biographischen Anamnese beschriebenen wiederholten seelischen Erschöpfungssituationen, die sich vorwiegend im Anschluß an die Ehescheidung ereignet hatten.

Fall 8: Rüdiger, 14,8 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei R. wurde 1 Monat vor unserer Untersuchung röntgenologisch ein ulcus duodeni festgestellt. Etwa 1 Jahr vor der Diagnosestellung waren abdomineller Nüchternschmerz, Übelkeit und Erbrechen erstmalig aufgetreten. Die konservative Therapie wurde eingeleitet.

1a. Familiäre Belastung

Bei dem 3 J. älteren Bruder wurde im Alter von 17 J. ein Magengeschwür diagnostiziert.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Die körperliche Entwicklung des Jungen war bis zum 12. Lebensjahr weitgehend unauffällig verlaufen; es hatten lediglich häufiger Mandelentzündungen bestanden. Mit 8,6 J. zog sich R. eine linksseitige Oberarmfraktur zu. Seit dem 12. Lebensjahr leidet der Patient unter häufigen, starken Kopfschmerzen.

3. Biographische Anamnese

Das als jüngstes von 3 Geschwistern nach unkomplizierter Schwangerschaft legitim geborene Kind hatte sich nach Angaben der Eltern zunächst ohne besondere Auffälligkeiten entwickelt. Die Mutter stillte das Kind bis zum 3. Monat. Ausgeglichenheit und Ruhe seien dabei jedoch aufgrund der zu verrichtenden Hausarbeit nicht immer gewährleistet gewesen. R. habe während der ersten Monate häufig des Nachts geschrien, worauf fast ausschließlich die Mutter eingegangen sei. Der Vater hatte nach Angaben der Mutter keine Beziehungen zu dem Säugling aufbauen können. Bereits im Kleinkindalter fiel den Eltern eine Verschlossenheit des Kindes auf, die dann während der Vorschulerziehung und in der Schulzeit weiter zugenommen habe.

Schon bald nach der Einschulung, die mit 6 1/2 J. erfolgte, häuften sich die Klagen über mangelnde Mitarbeit und Aufmerksamkeit. Der Schulbesuch habe für R. von Anfang an eine große Belastung dargestellt. Unordentlichkeit und Unständigkeit neben einem durchaus starken Pflichtgefühl hätten dazu geführt, daß der Junge viele Stunden bis spät in den Abend hinein an seinen Schulaufgaben zu arbeiten hätte. Die Eltern hätten R., der bis in das 12. Lebensjahr viel zu verspielt gewesen sei, bezüglich der Erledigung der Schularbeiten kontrolliert und häufig auch zum Arbeiten zwingen müssen. Auf Bestreben des Vaters, der aus dem Jungen habe etwas Besonderes machen wollen, wurde R. nach der 4. Klasse trotzdem auf das Gymnasium umgeschult. Nach dem Probehalbjahr mußte R. jedoch auf die Realschule überwechseln, weil er die erforderlichen Leistungen nicht erbringen konnte. Auch hier aber blieben die Schwierigkeiten in erheblichem Ausmaß bestehen. Die 7. Klasse, die der Junge gegenwärtig besucht, muß er bereits zum 2. Mal wiederholen.

Die Familie, deren soziale und finanzielle Situation zu jedem Zeitpunkt gut gewesen sei, wurde durch zunehmende Spannungen zwischen den Eltern belastet. Diese Spannungen hätten bereits zum Zeitpunkt der frühen Kindheit von R. bestanden. Das nach Angaben der Mutter mangelhafte Verständnis der Ehegatten füreinander führte schließlich zur Ehescheidung, als R. 13,5 J. alt war. Das Sorgerecht für R. wurde auf Wunsch des Vaters der Mutter übertragen. Dieses habe R., der viel stärker zum Vater Kontakt gehabt hätte, sehr erschüttert. Bereits in den letzten Jahren vor der Ehescheidung registrierte die Mutter aufgrund der Fragen des Jungen, der den elterlichen Auseinandersetzungen oft beiwohnte, die zunehmende Angst, Vater oder Mutter zu verlieren. Die Mutter, die nach der Scheidung berufstätig wurde, klagt darüber, daß sie ihren Jungen nicht mehr erreichen könne.

Mit der 5 J. älteren Schwester sei R. immer gut ausgekommen. Bedeutsamer und für R. nachhaltiger sei jedoch der Kontakt mit dem 3 J. älteren Bruder gewesen. Dieser sei immer bestrebt gewesen, R. härter und leistungsfähiger zu machen. R. sei von diesem Bruder immer wieder unterdrückt und auch körperlich hart attackiert worden. Er habe sich dabei passiv verhalten und sei praktisch immer der Unterlegene gewesen.

Die jetzt seit 1 J. auftretenden abdominellen Beschwerden aufgrund der Ulcus-krankheit führen oft dazu, daß der Junge der Schule fernbleibt. Nach diätetischen Maßnahmen und Bettruhe für jeweils einige Stunden klinge die Symptomatik dann wieder ab.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter kennzeichnet R. als stark verschlossen und in sich gekehrt. Zugleich sei der Junge sehr gewissenhaft und stehe auch trotz der genannten Schwierigkeiten zu seinen schulischen Pflichten. Das Betragen sei immer, so wird betont, einwandfrei gewesen. Allerdings sei ihm der Kontakt zu Mitschülern nie leicht gefallen. R. selbst, der die häufigen "Moralpredigten" der Mutter ablehnt, fühlt sich noch immer zum Vater hingezogen. Er beklagt jedoch die starke Einschränkung des Kontaktes. Es falle ihm schwer, Freundschaft zu schließen, und doch ist es ein großer Wunsch von ihm, eine tragende Gemeinschaft zu finden.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: seit 2 J. Kopfschmerzen, Einschlafstörungen, öfter Herzstiche, gelegentlich Schwindel.

5. Äußerer Aspekt

Der für sein Alter kräftig entwickelte Junge wirkt unruhig. Er spricht leise und abgehackt. Die ihm vorgelegten Testaufgaben erledigt er langsam und umständ-

lich. Er stellt des öfteren Nachfragen, um "nur nichts falsch zu machen". Sein Zimmer ist mit Pop-Plakaten ausgestattet, sonst jedoch sehr nüchtern und auffallend ordentlich gehalten. Die Ulcuskrankheit wird von ihm als belastend empfunden, wobei allerdings die schon etwas länger bestehenden anfallsweisen Kopfschmerzen ihn ebenfalls sehr bedrücken. Nach der Einnahme von Medikamenten befragt, zeigt er einen Holzkasten vor, den er wie eine wertvolle Kassette behandelt. In diesem sind einige schmerzlindernde Medikamente, auch solche älteren Datums, wohlgeordnet aufbewahrt.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität : 1

FPI 3 / Depressivität : 2

FPI 9 / Offenheit : 3

FPI N / Emot. Labilität : 3

FPI M / Maskulinität : 7

M-B-I: U1 / Familiensituation : 8

U2 / Lebensgewohnheiten... : 1

U6 / Kreatives Verhalten : 9

U7 / Durchsetzungsvermögen : 7

U8 / Leistungsmotivation : 9

U9 / Verhalten bei Streß... : 1

U10 / Einstellung und Einschätzung : 3

U11 / Gesundheit... : 1

G / Gesamt : 2

HANES: N / Neurotizismus : 9

Elterl. Erz.: MJ : 9

MS : 2

VJ : 15

VS : 0

Scenotest:

Im Szenospiel wählt R. sorgfältig die einzelnen ins Spiel genommenen Gegenstände aus. Es wird eine Waldszene aufgestellt. Aus einigen mehrfach ausgetauschten Steinen errichtet R. einen Hochstand, auf dem er den "Jäger" placiert. Kurz davor wird der Fuchs postiert, der seinerseits gerade einem Huhn "auflauert". R.

bemerkt bei der Erklärung des Bildes, daß er, "wenn er selbst gejagt würde", er der letzte Gejagte wäre, was etwa der Situation des Huhnes nahe käme.

7. Zusammenfassung

Bei dem jetzt 14,8 J. alten Jungen hatten 1 J. zuvor abdominelle Beschwerden zu etwa dem Zeitpunkt eingesetzt, zu dem nach bereits über Jahre andauernden Spannungen zwischen den Eltern die Ehescheidung vollzogen wurde. Nach Angaben der Mutter hatte R. schon längere Zeit zuvor den Verlust des Vaters gefürchtet. Daß sich R. auch jetzt noch stärker zum Vater als zur Mutter hingezogen fühlt, kann aus dessen Einschätzung der elterl. Unterstützung abgelesen werden. Hier wird eindeutig der Vater (VU) favorisiert, allerdings wird auch der Mutter, absolut gesehen, ein eher positiver Platz (MU) eingeräumt. Die durch Stabilität gekennzeichnete Selbsteinschätzung der Mutter (FPI 1, FPI 2, FPI N), die schon aus zeitlichen Gründen die Erziehung des Jungen hauptsächlich leitete, kann in diesem Zusammenhang nur mit Zurückhaltung gewertet werden, da der relativ geringe Wert auf der Skala "Offenheit" (FPI 9) eine eher verschlossene Haltung bei der Ausfüllung des Fragebogens anzeigt. R., der hohen persönlichen Ehrgeiz (U8), Ausdauer (U7) und Kreativität (U6) in der Selbstbeschreibung des M-B-I nennt, beschreibt die Familiensituation als positiv (U1), obwohl aus seinen Angaben insgesamt eher eine negativ fördernde Unterstützung durch die Umwelt (G) deutlich wird. Auffällig sind die weit unterdurchschnittlichen Werte, die in den Selbstbeschreibungsskalen Selbständigkeit (U2), Ich-Darstellung (U10), Belastbarkeit in Stresssituationen (U9) und körperliche Fitness (U11) erreicht werden, sowie der weit über der Altersnorm liegende Wert auf der "Neurotizismus"-Skala (N). In diesem Zusammenhang muß auch auf die anamnestisch angeführten starken schulischen Leistungsschwierigkeiten verwiesen werden. Im Szenotest ergaben sich neben dem Hinweis auf empfundene orale Bedrohung auch Anhalte für Isolationserfahrung.

Fall 9: Bernd, 15,4 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei B. wurde im Alter von 8 J. ein ulcus ventriculi röntgenologisch diagnostiziert, nachdem bereits in den Frühjahrs- und Herbstmonaten des davor liegenden Jahres abdominelle Beschwerden aufgetreten waren. Nach einer mehrwöchigen, stationär durchgeführten, konservativen Behandlung konnte Beschwerdefreiheit erzielt

werden. Nachdem diese über 4 J. hindurch bestehen blieb, stellte sich die Symptomatik nach dem 13. Geburtstag des Jungen erneut ein. Röntgenologisch fand sich wieder ein *ulcus ventriculi*. Unter der seitdem vom Hausarzt durchgeführten Therapie kommt es bei beschwerdefreien Intervallen besonders in den Frühjahrs- und Herbstmonaten immer wieder zu Rezidiven.

1a. Familiäre Belastungen

Zwei Brüder der Mutter und ein Bruder des Vaters litten unter Magengeschwüren.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Die körperliche Entwicklung verlief ohne sonstige Auffälligkeiten.

3. Biographische Anamnese

B. ist das zweite von zwei Kindern. Schwangerschaft und Geburt waren komplikationslos verlaufen. Die Mutter stillte den Säugling während 4 Wochen, was sie aber häufig unter Zeitdruck und ohne genügende Ruhe getan habe. Sie hatte ihre Mitarbeit in der Werkstatt des Mannes nur für wenige Wochen unterbrochen. In der ersten Zeit habe der Säugling öfter des Nachts geschrien, was jedoch bald aufhörte, nachdem die Eltern dies nicht beachteten. In der Sauberkeitserziehung, die mit 16 Monaten abgeschlossen gewesen sei, habe die Mutter streng sein müssen.

Mit 4 J. wurde B. auf einer Reise Zeuge eines Autounfalls, bei dem ein Passant erheblich verletzt worden war. Dieses Erlebnis habe den Jungen so stark beeindruckt, daß er zu stottern begann, was er aber nach einigen Wochen von selbst wieder unterlassen habe.

B.'s Verhältnis zu seiner 9 J. älteren Schwester wird als gut bezeichnet. Trotz des Altersunterschiedes habe sie nie versucht, B., der sich ihr gegenüber allerdings zu behaupten wußte, zu bevormunden.

Mit 7 J. eingeschult habe B. sich schnell in die schulische Situation eingewöhnt. Seine Leistungen seien bis zur 5. Klasse sehr gut gewesen, danach jedoch stark abgefallen. Dies habe in Zusammenhang mit der Weigerung der Eltern gestanden, dem Wunsch des Jungen, auf das Gymnasium überzuwechseln, zu entsprechen. B. besuchte statt dessen die Realschule. Hier hatte er die 7. Klasse zu wiederholen. Die Mutter, die B. während der ersten Schuljahre bei den Hausaufgaben geholfen habe, hatte dies dann nicht mehr tun können. Sie habe B., bei

dem in letzter Zeit verstärkt Konzentrationsmangel auftrate, immer wieder dabei überrascht, wie er mit seiner elektrischen Eisenbahn oder anderen Spielen beschäftigt sei, anstatt die Schularbeiten zu erledigen.

Bei der Erziehung, deren wichtigste Ziele Ordentlichkeit und Zuverlässigkeit sind, habe die Mutter häufig auch Schläge einsetzen müssen. Andererseits habe sie den Jungen mit Süßigkeiten belohnt, wenn sich durch gute Schulleistungen oder Leistungen im Haushalt dazu Gelegenheit bot.

Die wirtschaftliche Situation der in 3 Räumen lebenden 4-köpfigen Familie wird als befriedigend bezeichnet.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter kennzeichnet B. als einen sensiblen und ängstlichen Jungen. Er sei sehr unselbständig und frage in fast allen Dingen die Eltern um ihren Rat. Er finde leicht Kontakt. Gegenüber ernsthaften Widerständen könne er sich schlecht durchsetzen, ziehe sich dann eher in sich zurück. In Versagungssituationen reagierte er mit Tränen. Die Grundstimmung des nach Meinung der Mutter zu verspielten Jungen wird mit "freudig" bezeichnet.

B., der Schiffsingenieur werden will, nennt die Schule als das derzeit Wichtigste in seinem Leben. Das schlimmste Erlebnis, an das er sich erinnert, ist, daß er vor 1 J. eine Schulklasse zu wiederholen hatte. Zugleich wünsche er sich sehr, daß seine Eltern mit ihm wieder einmal reisen würden.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: gelegentlich Herzjagen, Hitzewallungen.

5. Äußerer Aspekt

Bei der Durchführung der vorgelegten Aufgaben ist B. langsam und sehr gewissenhaft. Es wird deutlich, daß ihm länger dauernde Konzentrationsleistungen schwer fallen. Der zierlich gebaute Junge zeigt während der ganzen Untersuchung eine fast ängstliche Zurückhaltung. Er versucht wiederholt, sich der Zustimmung der Mutter zu vergewissern.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität : 9

FPI 2 / Aggressivität : 9

FPI 3 / Depressivität : 9

FPI 4 / Erregbarkeit : 9

FPI 5 / Geselligkeit : 2
FPI 7 / Dominanzstreben : 9
FPI 9 / Offenheit : 8
FPI N / Emot. Labilität : 9

M-B-I: U2 / Lebensgewohnheiten... : 3
U5 / Arbeitsverhalten : 3
U6 / Kreatives Verhalten : 8
U7 / Durchsetzungsvermögen : 2
U8 / Leistungsmotivation : 1
G / Gesamt : 2

HANES: N / Neurotizismus : 9
E2 / Aktivität : 7

Elterl. Erz.: MU : 2
MS : 15
VU : 2
VS : 15

Scenotest:

In dem mit Aufmerksamkeit und Sorgfalt durchgeführten Spiel wird eine Bauernhofszene gestaltet. Während in der Nähe "des Hauses" die "Eltern und Großeltern" sowie die im Liegestuhl liegende "ältere Schwester" in gemeinsamem Gespräch dargestellt werden, befindet sich B. bei 3 anderen Kindern, die am entgegengesetzten Teil des Testraumes aufgestellt werden. Von einem durch einige Bäume angedeuteten "Wald" aus "beobachtet der Fuchs die Tiere", zu denen auch die Kuh gehört.

7. Zusammenfassung

Bei dem jetzt 15,4 J. alten Jungen bestehen seit dem 7. Lebensjahr abdominelle Beschwerden. Der Persönlichkeitseinschätzung des Kindes durch die Mutter wird von seiten des M-B-I weitgehend entsprochen. Geringe Selbständigkeit (U2) und Selbstsicherheit (U7) stimmen mit der seitens der Mutter vermerkten Anlehnungstendenz des Jungen an sie überein. Auffällig erscheint der signifikant niedrige Wert in der Einschätzung des persönlichen Ehrgeizes (U8), wenn man den in der biographischen Anamnese geschilderten starken Wunsch B.'s, das Gymnasium zu besuchen, heranzieht, den dieser gegen den Willen der Eltern durchzusetzen ver-

suchte. Hier wird die Interpretation einer Aufgabe bestimmter Interessen bei Widerstand nahegelegt. Dies scheint um so mehr gerechtfertigt, als sowohl der Mutter wie auch dem Vater extrem hohe Werte in den Strenge-Skalen (MS/VS) zugeordnet werden, wobei die Unterstützungsscores (MU/VU) extrem niedrig ausfallen. B., der auf der Skala N einen extrem hohen Wert erreicht, steht eine Mutter gegenüber, die sich in den im FPI erfaßten Persönlichkeitsdimensionen als hochgradig emotional labil einschätzt. Die sich dabei ergebenden sehr extremen Werte können psychologisch interpretiert werden, da auch in der Skala "Offenheit" (FPI 9) ein hoher Wert erreicht wird. Das Unvermögen des Jungen, der sich beispielsweise als überdurchschnittlich kreativ einschätzt (U6), sich in einer solchen Konstellation selbst zu behaupten, wird aus den genannten Daten, denen auch der hohe Wert in der mütterlichen Dominanz-Skala (FPI 7) entspricht, ableitbar.

Der Szenotest schließlich liefert einen Hinweis auf das Vorliegen von Absonderungstendenzen. Weiterhin ist dem Spiel die Vermutung auf eine Erfahrung oraler Bedrohung zu entnehmen.

Fall 10: Yvonne, 16,5 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Im Alter von 13,5 J. wurde bei Y. ein in Abheilung begriffenes ulcus ventriculi röntgenologisch festgestellt. 1 J. zuvor hatten wiederholt Erbrechen, Kopfschmerz und Kollapsneigung bestanden. 1 Woche vor der röntgenologischen Untersuchung traten ähnliche Symptome und zusätzlich postprandiale, abdominelle Schmerzen auf. Nach der konservativen Therapie bildeten sich die Beschwerden zurück, stellten sich jedoch 2 J. später für längere Zeit erneut ein.

1a. Familiäre Belastungen

Der Vater der Patientin leidet unter Magengeschwüren. Ebenso die Eltern des Vaters.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Y. verbrachte in den ersten beiden Lebensjahren sehr viele Zeit im Krankenhaus. Bereits nach der Geburt wurde ein längerer Klinikaufenthalt infolge Hämatin-Erbrechens notwendig. Die Kinderkrankheiten seien jeweils mit besonders schwerer

Symptomatik verlaufen. Mit 4 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt. Ein im Anschluß an die mit 12,6 J. auftretenden, bereits geschilderten Beschwerden durchgeführtes EEG ergab den Verdacht auf eine abgelaufene Encephalitis.

3. Biographische Anamnese

Y. wurde als erstes von zwei Geschwistern geboren. Das Mädchen war nach Angabe der Mutter ein Wunschkind. Während der Schwangerschaft kam es bei der Mutter zu einer Anämie. Die Geburt erfolgte im 8. Schwangerschaftsmonat, wobei Komplikationen infolge zweimaliger Nabelschnurumschlingungen auftraten. Die Aufzucht des pränatal dystrophen Säuglings erfolgte zunächst stationär. Wegen weiterer Ernährungsschwierigkeiten und des bereits genannten Hämatinerbrechens wurden weitere Klinikaufenthalte erforderlich.

Die Eltern, die an einer besonders frühzeitigen Selbständigkeitsentwicklung des Kindes interessiert waren, waren sehr glücklich darüber, daß Y., die ein sehr stilles Kind gewesen sei, schon mit 1 J. sauber war. Mit 3 J. sei das Kind weitgehend selbständig gewesen. Der Vater berichtet voller Stolz, daß man Y. schon in diesem Alter in gepflegte Restaurants mitnehmen konnte, wo sie sich bei Tisch entsprechend der Etikette verhalten habe. Als ein weiteres Beispiel für das Bemühen um frühe Eigenständigkeit wird der Versuch des Vaters berichtet, das Kind schwimmen lernen zu lassen. Der Vater habe das 4-jährige, sich sehr sträubende Mädchen von der eigenen Motoryacht aus ins Wasser geworfen und ihr so erfolgreich die ersten Schwimmübungen beigebracht.

Den Eltern sei andererseits aufgefallen, daß das Kind sehr wenig selbständig spielte. Neben dem Erziehungsideal, das die Eltern in Selbständigkeit, Fleiß und Erfolgsstreben sehen, ist die große Ordnungsliebe der Mutter zu nennen. Während Y. als Kleinkind gern und leicht Kontakt geschlossen habe, sei sie als Schulkind eher durch die Tendenz zur Abkapselung aufgefallen. Dieser Umbruch wird von Seiten der Mutter in Zusammenhang mit der Geburt der 5 J. jüngeren Schwester gesehen. Bis zu diesem Zeitpunkt habe Y. im Mittelpunkt der Familie gestanden, dann aber sei ihr die "Prinzessinnenrolle" nicht mehr zuerkannt worden. Y. habe sich zurückgesetzt gefühlt und immer wieder versucht, die Mutter mit Beschlag zu legen. Gegenüber der Schwester verhielt sie sich zunächst zurückhaltend, dann aber sei sie der Mutter nacheifernd ganz in fürsorgliche Zuwendung übergegangen.

Mit 6 1/2 J. wurde Y. eingeschult. Das Mädchen habe von Anfang an mit großem Fleiß und Ehrgeiz sich den schulischen Anforderungen unterzogen. Die Schulaufgaben habe sie immer selbständig erledigt, wobei sie in den ersten Klassen zu Hause fast nur für die Schule gearbeitet habe. Andererseits fiel die schon erwähnte zunehmende Abkapselung auf, die sie in der Schule in eine Außenseiterposition gedrängt habe. Die Eltern hätten immer wieder versucht, vor allem gegen das "Duckmäusertum" des Kindes vorzugehen, das sich in der mangelhaften Fähigkeit geäußert habe, die eigenen Rechte in der Auseinandersetzung mit den Klassenkameraden geltend zu machen. Y. wurde auf das Gymnasium umgeschult, mußte nach der 7. Klasse jedoch auf die Realschule überwechseln, weil sie den Anforderungen trotz intensiver Bemühungen nicht gewachsen war. Eine zu diesem Zeitpunkt wegen hartnäckiger Kopfschmerzen, von denen oben berichtet wurde, durchgeführte psychiatrische Untersuchung wies die Eltern auf die bestehende Leistungsüberforderung hin. Zugleich wurde aufgrund diagnostizierter depressiver und zwangsneurotischer Züge eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen, die die Eltern jedoch nicht einleiteten.

In der letzten Zeit beobachteten die Eltern zunehmend Versuche ihrer Tochter, sich gegen die elterliche Meinung zu behaupten, was jedoch nach Aussagen der Mutter vor allem durch den Vater attackiert werde. Y. lasse sich dabei allerdings nach wie vor auf keine offene Auseinandersetzung ein, sondern reagiere bei Widerstand mit Rückzug.

4. Persönlichkeit des Kindes

Y. war nach Angaben der Mutter immer ein sehr hilfsbereites und gehorsames Kind gewesen. Zugleich sei sie sehr anlehnungsbedürftig und stark auf die Mutter, die ihre beste Freundin sei, ausgerichtet. Es sei allerdings nicht immer leicht, sie dem Ordnungsideal der Mutter zu unterwerfen. Die starke Abkapselungstendenz habe sich in der letzten Zeit etwas gemildert.

Y. selbst empfindet die starke elterliche Fürsorge als zu fordernd. Seit kurzer Zeit besteht die erste Freundschaft zu einem Jungen, die sie sehr ernst nimmt. Allerdings teile sie alle damit zusammenhängenden Ereignisse der Mutter, auf die sie sich sehr verlassen könne, mit. Ihr Berufswunsch ist es, Erzieherin zu werden.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: gelegentlich Schwindel, gelegentlich Zittern, Nägelknabbern, orthostatische Dysregulationen, Prüfungsangst.

5. Äußerer Aspekt

Das normal entwickelte Mädchen macht einen zurückhaltenden, schüchternen und weichen Eindruck. Das eigene Zimmer ist modern eingerichtet. Y. erledigt die Testaufgaben zügig und gewissenhaft, wobei sie einige Male Nachfragen stellt.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 2 / Aggressivität : 7

FPI 4 / Erregbarkeit : 8

FPI 5 / Geselligkeit : 9

FPI 6 / Gelassenheit : 7

FPI E / Extraversion : 9

FPI M / Maskulinität : 7

M-B-I: U2 / Lebensgewohnheiten... : 1

U4 / Schulische Situation : 1

U5 / Arbeitsverhalten : 2

U6 / Kreatives Verhalten : 1

U7 / Durchsetzungsvermögen : 1

U8 / Leistungsmotivation : 1

U9 / Verhalten bei Streß... : 1

U10 / Einstellung und Einschätzung : 1

G / Gesamt : 1

HANES: N / Neurotizismus : 7

E1 / Geselligkeit : 8

E2 / Aktivität : 2

Elterl. Erz.: MU : 11

MS : 1

WU : 2

VS : 7

Scenotest:

Das Szenospiel wird ruhig und konzentriert durchgeführt. Y. beginnt mit dem Aufbau eines "Waldes", füllt nacheinander die Eckflächen des Testraumes aus, wobei sie nur Tierfiguren und Bausteine benutzt. Spielpuppen werden nicht in die Szene einbezogen. Erst als Kuh und Schwein jeweils isoliert mit einer Steinmauer um-

geben sind, wird der Fuchs in den Wald gestellt, "der dem Huhn und der Gans", die ohne Umzäunung gelassen werden, "auflauert". Schließlich wird als letztes der kleine Stoffhund vor seiner Hütte postiert. In dem noch verbleibenden Eckfeld ist ein "zum Bauernhof zugehöriges Haus" angedeutet dargestellt. Die Auswahl der Bausteine erfolgt willkürlich. Als Kommentar zur aufgebauten Szene äußert Y.: "Alle Tiere langweilen sich."

7. Zusammenfassung

Bei Betrachtung der biographischen Anamnese des 16,5 J. alten Mädchens fallen die nachdrücklichen Versuche der Eltern auf, Y. zu besonderen Leistungen anzu-spornen. Bereits zum Zeitpunkt der röntgenologischen Ulcussicherung im Alter von 13,5 J. wurde im Rahmen einer psychiatrischen Vorstellung auf eine beste-hende Leistungsüberforderung hingewiesen. In der vorliegenden Untersuchung fal-len jetzt die extremen Werte im M-B-I auf. Im genannten Zusammenhang machen sie nachdrücklich deutlich, wie wenig die Patientin sich durch die Umwelt in ihrem Interesse und ihren Erwartungen gefördert sieht. Das in der Exploration als unselbständig beschriebene und sehr auf die Mutter ausgerichtete Mädchen schätzt sich selbst als extrem unselbständig (U2) ein. In den Skalen, die Ich-Darstellung (U10), Selbstsicherheit (U7) und schulische Situation (U4) wieder-geben, erreicht sie ebenso extrem niedrige Punktwerte wie in der Einschätzung des persönlichen Ehrgeizes (U8). Während die Mutter als unterstützend einge-schätzt wird (MU), steht bezüglich des Vaters das Strengerleben (VS) im Vor-dergrund. Die die Erziehung hauptsächlich leitende Mutter beschreibt sich selbst als sehr aktiv, gesellig und dominierend (FPI E), zugleich jedoch auch als leicht erregbar (FPI 4). Im Szenospiel des Mädchens ergeben sich Hinweise auf Einsamkeitserleben und feindliche Auseinandersetzung mit Bezugspersonen, wobei neben der Erfahrung oraler Bedrohung auch aggressive Tendenzen vermutet werden können. Das außerdem hier ableitbare vermehrte Anlehnungsverlangen steht in Einklang mit den bereits berichteten Befunden.

Fall 11: Wolfgang, 16,7 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei W. wurde im Alter von 11,3 J. röntgenologisch ein ulcus duodeni diagnosti-ziert. Ca. 2 Monate zuvor waren zum ersten Mal Schmerzen im Oberbauch sowie Übelkeit aufgetreten. Die Symptome, die sich häufig wiederholten, bestanden

unabhängig von der Nahrungsaufnahme und der Tageszeit. Eine nach konservativer Therapie 2 Monate später durchgeführte Röntgenkontrolle erbrachte außer dem Befund des nunmehr in Abheilung begriffenen ulcus duodeni aufgrund von narbigen Veränderungen den Verdacht, daß auch im aboralen Bulbusbereich ein Ulcus bestanden habe. Beschwerden treten seit längerer Zeit nicht mehr auf.

1a. Familiäre Belastungen

Eine Schwester der Mutter ist an einem Magenkarzinom erkrankt.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Bei W. waren im 2. Lebensjahr gehäuft "Anfälle" von der Mutter beobachtet worden, in deren Verlauf der Junge für wenige Zeit bewußtlos gewesen sei. Nach "Verhauen" durch die Mutter sei das Kind dann wieder zu sich gekommen, jedoch für einige Stunden apathisch geblieben. Ein abgeleitetes EEG hatte keinen pathologischen Befund ergeben. Jenseits des 3. Lebensjahres seien diese Anfälle nicht mehr aufgetreten. Dennoch sei der Junge mit "homöopathischen" Tabletten bis zum 5. Lebensjahr behandelt worden. Eine im Alter von 10,8 J. wiederholte EEG-Untersuchung zeigte normale Verhältnisse. Ebenfalls im Alter von 2 J. befand sich W. wegen Pertussis in klinischer Behandlung. Mit 9 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

W. wurde ohne Komplikationen als eheliches Kind geboren. Während der Schwangerschaft wurde die Mutter wegen einer Anämie und vorzeitig einsetzender Wehen behandelt. Nach Angaben der Mutter seien bei W. in den ersten 3 Monaten Trinkstörungen sowie Erbrechen aufgetreten. Sie habe den Säugling nur 14 Tage voll stillen können. Das Kind sei von Seiten des Vaters, der stark dem Trunke ergeben war, von Anfang an abgelehnt worden. Der reizbare und infolge des häufigen Alkoholkonsums unberechenbare Ehemann hätte W. schon in den ersten Lebenswochen bisweilen in das Bierlokal mitgenommen und ihm Bier einzuflößen versucht. Mutter und Kind seien des öfteren vor den Schlägen des Mannes aus der Wohnung geflüchtet. Die Mutter habe wegen dieser Ereignisse schließlich die Ehescheidung betrieben, die erfolgte, als W. 1,2 J. alt war. Der Vater besuchte die Familie, die weiterhin in einer 1-Zimmer-Wohnung lebte, noch in den darauffolgenden 3 Jahren jeweils einmal im Monat. Als W. 5,9 J. alt war, starb der Vater. Da die Mutter wieder berufstätig werden mußte, verbrachte sie W. in die Kinder-

krippe bzw. später in den Kindergarten, den er bis zur Einschulung besuchte. Schwierigkeiten im Umgang und Spiel mit anderen Kindern seien bei dem kontaktfreudigen Jungen nicht beobachtet worden.

Als W. 6,6 J. alt war, ging die Mutter eine neue Ehe ein. Mit dem Stiefvater habe sich W. schon bald sehr gut verstanden. Nach einiger Zeit kam es aber auch in dieser neuerlichen Eheverbindung zu Spannungen, die vorwiegend durch finanzielle Unbesonnenheiten des Mannes ausgelöst worden seien. Als auch diese Ehe geschieden wurde, war W. 11 1/2 J. alt.

Nachdem der Junge sich bis zum 10. Lebensjahr nicht auffällig entwickelt hatte, bemerkte die Mutter in der Folgezeit zunehmende Veränderung in seinem Verhalten. Das bis dahin gehorsame und hilfsbereite Kind habe begonnen, aufsässig und bockig zu reagieren sowie von der Mutter erbetene Hilfeleistungen zu verweigern. Diese Verhaltensänderungen betrafen auch die Schule. Der Junge habe wiederholt die Eltern belogen und ihnen schließlich Geldbeträge entwendet, um sich Süßigkeiten oder Spielsachen zu kaufen. Zugleich begann er, mit anderen Jugendlichen herumzuvagabundieren. Die Mutter suchte wegen dieser Verhaltensänderungen, die sich nicht konstant, sondern eher in Phasen zeigten, eine kinderpsychiatrische Beratung auf. Als es im Verlauf eines Jahres zu keiner wesentlichen Besserung kam, gelangte der jetzt 11-Jährige in eine 2 1/2-monatige klinische Behandlung auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung. Hier fiel der im Umgang mit Erwachsenen höfliche und kontaktfreudige Junge durch Geltungsdrang auf. Führungsansprüche gegenüber den Gleichaltrigen versuchte er dabei indirekt durchzusetzen, wie er auch seine Aggression nicht offen gezeigt habe. Explorationen ergaben, daß der intelligente, nervöse und sehr sensible Junge stark unter der mangelhaften Zuwendung seitens der Mutter und in gewissem Maße auch seitens des Stiefvaters litt. Sein Wunsch wäre, daß die Scheidung zwischen Stiefvater und Mutter rückgängig gemacht würde und beide mehr Interesse für ihn hätten. Während dieses stationären Aufenthaltes kam es wegen schon bestehender abdomineller Beschwerden zur röntgenologischen Untersuchung, bei der ein Duodenalulcus diagnostiziert wurde.

Das Verhalten des Kindes hatte sich im Anschluß an den Klinikaufenthalt zur Zufriedenheit der Mutter deutlich gebessert. Eine Aufhebung der Ehescheidung sei jedoch nicht in Frage gekommen.

W., der sich gegenwärtig im ersten Lehrjahr für Kfz-Elektrik befindet, war mit 7 J. eingeschult worden. Die ersten beiden Schuljahre seien für ihn trotz größerer Anstrengungen durch schlechte Leistungen sehr belastend gewesen, da er

die schulischen Pflichten ernst genommen habe. Seine Hausaufgaben verrichtete er stets selbständig.

Mit dem aus der 2. Ehe stammenden 7 J. jüngeren Bruder verstand sich W. immer gut.

Befragt nach ihren Erziehungsvorstellungen nennt die Mutter als Ziele Ehrlichkeit und Ordentlichkeit.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter bezeichnet W. als sehr sensibel. Er sei selbständig und könne sich durchsetzen. Im Umgang mit Kameraden sei er eher zurückhaltend. Es falle ihm nicht leicht, Freundschaften zu schließen.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Schwitzen, kalte Hände, Nägelknabbern mit 7 - 8 J.

5. Äußerer Aspekt

Der körperlich altersentsprechend entwickelte Junge erledigt ruhig und zügig die ihm vorgelegten Aufgaben. Im Gespräch verhält er sich höflich und unbeschwert, wenn auch zurückhaltend.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität : 7

FPI 7 / Dominanzstreben : 7

FPI 8 / Gehemmtheit : 1

M-B-I: U1 / Familiensituation : 9

U2 / Lebensgewohnheiten... : 2

U3 / Kontaktverhalten... : 9

U4 / Schulische Situation : 1

U6 / Kreatives Verhalten : 8

U7 / Durchsetzungsvermögen : 3

U8 / Leistungsmotivation : 1

U9 / Verhalten bei Streß... : 2

U10 / Einstellung und Einschätzung : 7

G / Gesamt : 3

HANES: E1 / Geselligkeit : 7

E2 / Aktivität : 7

Elterl. Erz.: MU : 9

MS : 0

Scenotest:

W. stellt eine Familienszene dar. Er grenzt dabei durch Errichten von verschiedenen hohen Mauern einen mittleren Spielraum ein. In den aufgestellten Liegestuhl placiert er den "Vater", während in der entgegengesetzten Ecke des "Zimmers" die "Mutter" steht. "2 Besucher" haben jeweils auf einer Bank und einem Stuhl Platz genommen. Danach befragt, ob er sich selbst in der Szene wiederfinden könne, identifiziert sich W. mit der im Liegestuhl liegenden Figur des "Vaters".

7. Zusammenfassung

In der biographischen Anamnese des 16,7 J. alten Jungen imponieren die beiden Ehescheidungen der Mutter, von denen W. einmal mit 1,2 J. und das 2. Mal mit 11 1/2 J. betroffen wurde. Nach der Angabe der Mutter war W. bereits in seiner Säuglingszeit stark von den Alkoholexzessen des leiblichen Vaters betroffen. Inwieweit die im Alter von 2 J. aufgetretenen, von der Mutter beschriebenen Anfälle, bei denen es auch zu Bewußtlosigkeit kam, damit in ursächlichem Zusammenhang stehen, kann nicht entschieden werden. Auch die diesbezüglichen EEG-Untersuchungen brachten keinen Anhaltspunkt. Der Tod des leiblichen Vaters dürfte den zu diesem Zeitpunkt 6-jährigen W. nur wenig belastet haben, da der Kontakt bereits 2 J. zuvor abgebrochen war. Das Verhältnis zu dem inzwischen in sein Leben getretenen Stiefvater, den die Mutter kurze Zeit später heiratete, wird dagegen als sehr gut beschrieben. Sehr schwer traf den Jungen nach seinen eigenen Angaben die 5 J. später wiederum auf Betreiben der Mutter eingeleitete Trennung auch von diesem 2. Vater. W. fiel in dieser Zeit durch der Mutter völlig unverständliche Verhaltensänderungen auf. Der sehr gehorsame und anhängliche Junge wurde aufsässig und begann, die Eltern zu bestehlen. Die Klinik diagnostizierte das starke und von Seiten der Eltern nicht genügend beantwortete Streben des Kindes nach Zuwendung. Zu dieser Zeit wurde auch die Ulcusdiagnose gestellt. In der Folgezeit normalisierte sich darnach Aussage der Mutter, die die Ehescheidung allerdings dennoch durchsetzte, das Verhalten des auch von ihr als sensibel gekennzeichneten Jungen.

W. selber umschreibt die Familiensituation (U1) als weit Überdurchschnittlich positiv, was auch in der positiven Einschätzung der mütterlichen Unterstützung (MU) deutlich wird. Bei weit unterdurchschnittlichen Werten in der Beschreibung

von Schulsituation (U4) und persönlichem Ehrgeiz (U8) erfährt er seine Umwelt jedoch insgesamt als wenig positiv stimulierend (G). Im Szenotest wird Isolationserleben angedeutet. In der Skala U2 schildert sich W. im Gegensatz zur Einschätzung seitens der Mutter als eher unselbständig. Trotz geringer Fähigkeit, Streßsituationen durchzustehen (U9), erreicht W. hohe bzw. sehr hohe Werte in den Selbstbeschreibungsskalen, die die eigene soziale Bedeutung (U3), Kreativität (U6) und Ich-Darstellung (U10) wiedergeben. Bei den bei der Mutter erhobenen Persönlichkeitsvariablen imponieren gering erhöhte Werte in den Skalen Nervosität und Dominanz. Sehr deutlich ist dabei allerdings das Punktergebnis der Skala FPI 8, wonach die Mutter sich als ungezwungen, äußerst selbstsicher und selbstbewußt schildert.

Fall 12: Andreas, 16,9 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei A. besteht eine bereits über 4 J. reichende Ulcusanamnese. Nachdem im Alter von 12 1/2 J. erstmals für etwa 4 Wochen abdominelle Schmerzen und Übelkeit bestanden hatten, wurde röntgenologisch ein florides Duodenalulcus diagnostiziert. Bei Röntgen-Kontrolluntersuchungen, die aufgrund wiederkehrender Beschwerden durchgeführt wurden, ergaben sich hochgradige narbige Veränderungen im Bereich des Bulbus duodeni. Eine 3 Wochen vor unserer Untersuchung durchgeführte Röntgenaufnahme ergab erneut ein frisches ulcus duodeni. Der Patient klagte auch jetzt wieder über eine Verschlechterung des Befindens, das nach Rollkuren immer nur für einige Zeit gebessert werden konnte.

1a. Familiäre Belastungen

Bei dem Vater des Kindes besteht ein ulcus duodeni.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Bezüglich der körperlichen Entwicklung werden seitens der Eltern in den ersten 3 Lebensmonaten aufgetretene Trinkstörungen des Kindes genannt. A. sei deshalb mehrmals in der pädiatrischen Poliklinik vorgestellt worden. Mit 13 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

Der als erstes von 2 Kindern geborene Junge war nach Angaben der Eltern ein Wunschkind. Die bereits erwähnten, während der ersten 3 Monate aufgetretenen Trinkstörungen hätten zu keiner nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Entwicklung geführt. Vielmehr habe sich das Kind im Anschluß an diese Phase sogar Übergewichtig entwickelt. Bis weit in das 2. Lebensjahr hinein sei eine "große Gefräßigkeit" zu beobachten gewesen. Die Mutter hatte den Säugling, der auch am Tage viel schrie, anfangs alle 2 Std., dies auch nachts, gestillt. Die Sauberkeitserziehung habe sie durch längeres Liegenlassen des Kindes in den Exkrementen eingeübt.

Im Kleinkindalter sei die Unfähigkeit des Kindes aufgefallen, sich selbst zu beschäftigen. Den Aufmerksamkeitsanforderungen, die sich daraus an die Eltern ergaben, hätten diese nur in eingeschränktem Maße entsprechen können, zumal neben dem berufstätigen Vater auch die Mutter 1 J. nach Geburt des 2. Kindes wieder eine Arbeitsstelle annahm, als A. 3 J. alt war. Die Versorgung wurde während der Abwesenheit der Eltern im wesentlichen von den Schwiegereltern der Mutter übernommen. Dort habe sich A. sehr unwohl gefühlt. Die Situation sei auch dadurch besonders erschwert gewesen, daß der Schwiegervater häufig betrunken gewesen sei. Überhaupt hätten die Großeltern sich zu wenig um die Kinder, vor allem aber um A. gekümmert. Es sei daher eine besondere Belastung des damals 6-jährigen Jungen gewesen, als er während eines dreiviertel Jahres ganztägig bei seinen Großeltern leben mußte, während sich die Mutter einer klinischen Behandlung unterzog. Über konkrete Ereignisse habe A. jedoch nie gesprochen.

In der weiteren Entwicklung bemerkten die Eltern eine zunehmende Verslossenheit. Über seine Probleme habe der Junge kaum gesprochen. Dabei habe er sich jedoch nicht ablehnend verhalten, sei immer hilfsbereit und gehorsam gewesen. Auf die Wahl seiner Freunde hätten die Eltern keinen Einfluß gehabt. Es war aufgefallen, daß A. stets bemüht war, sich an größere und kräftigere Jungen, als er selbst es war, anzuschließen. Mit 14 J. wurde A. in ein Diebstahlsdelikt verwickelt, in dem er allerdings mehr eine Mitläuferrolle gespielt habe.

Zu seinem 2 Jahre jüngeren Bruder habe A. anfangs ein sehr gutes Verhältnis gehabt. Dies änderte sich jedoch, als A. etwa 4 1/2 J. alt war. Es sei von da an zu immer stärkeren Streitereien zwischen den Brüdern gekommen. A. habe auch unter erheblichem Einsatz körperlicher Gewalt den kleineren Bruder zu unterdrücken versucht.

Die Einschulung, die mit 6 J. erfolgte, sei ohne Komplikationen vorstatten gegangen. A. fiel bis in die Mitte des 2. Schuljahres durch großen Fleiß auf. Seine Schulaufgaben verrichtete er von Anfang an ohne elterliche oder sonstige Hilfe. Als mit 7 1/2 J. aufgrund eines Wohnungswechsels eine Umschulung vorgenommen worden war, kam es zu einem starken Leistungsabfall. Trotzdem und obwohl zugleich ein schulpyschologischer Test negativ ausfiel, beabsichtigt er, von der Realschule auf das Gymnasium überzuwechseln. Nach dem bestandenen Abitur möchte er das Universitätsstudium mit dem Berufsziel des Diplomingenieurs aufnehmen.

In ihrer Erziehung habe die Mutter sich eher liberal verhalten. Wegen ihrer zu großen Rücksichtnahme sei es des öfteren zu Auseinandersetzungen mit dem strengerem Vater gekommen. Der Vater sei es auch, der gelegentlich Schläge verabfolge. Ihr hauptsächliches Erziehungsziel sehen die Eltern in der Erziehung zur Selbstständigkeit.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter bezeichnet A. als hilfsbereit und gehorsam. Obwohl er den Vater sehr schätze, sei er stark auf die Mutter ausgerichtet. Bei einer seit dem letzten Jahr immer öfter gereizten Grundstimmung sei der sensible Junge durchaus selbständig. Sein soziales Kontaktbedürfnis sei stark. Es werden ferner Ehrgeizhaltung, aber auch Ängstlichkeit als Kennzeichen genannt. Bei Versagungssituationen gebe A. den Widerstand schnell auf. Streitigkeiten mit anderen vermeide er.

Im Gespräch macht A. seine ablehnende Haltung gegenüber den Ermahnungen und Bevormundungen seitens der Eltern deutlich. Er leidet nach seinen Angaben besonders unter dem stark dominierenden Vater. Ebenso könne er sich gegen seinen Bruder nicht wirkungsvoll durchsetzen. Er sei entschlossen, seinen eigenen Weg zu gehen; jedoch fehlen ihm noch die Mittel dazu.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Herzschmerzen.

5. Äußerer Aspekt

Der körperlich altersgemäß entwickelte Junge zeigt bei der Bearbeitung der ihm vorgelegten Fragebögen Umständlichkeit und Gewissenhaftigkeit, was besonders an den wiederholt gestellten Nachfragen deutlich wird.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität : 3

FPI 3 / Depressivität : 2

FPI N / Emot. Labilität : 1

M-B-I: U1 / Familiensituation : 8

U2 / Lebensgewohnheiten... : 3

U7 / Durchsetzungsvermögen : 8

U8 / Leistungsmotivation : 9

U9 / Verhalten bei Streß : 1

U10 / Einstellung und Einschätzung : 3

U11 / Gesundheit... : 1

HAVES: N / Neurotizismus : 9

E1 / Geselligkeit : 3

Elterl. Erz.: MU : 6

MS : 7

WU : 1

VS : 7

Scenotest:

Im Scenenspiel geht A. bedächtig vor, wählt und prüft sorgfältig, bevor er einen Gegenstand in das Spiel einbezieht. Er gestaltet eine "romantische Szene", die aus einem abgezaunten Hühner - bzw. Schweinegehege, vor dem eine Straße vorbeiführt, besteht. Daran angrenzend wird, ebenfalls nur karg angedeutet, ein Wald aufgebaut, in dem der "Fuchs lauert". Figuren von Personen werden nicht in die Szene einbezogen.

7. Zusammenfassung

In der biographischen Anamnese des 16,9 J. alten Jungen fällt die von den Eltern bezüglich des Kleinkindalters geschilderte Zuwendungsforderung auf, der nach deren eigenen Angaben nur mangelhaft entsprochen werden konnte. A., der die Familiensituation (U1) als positiv fördernd einschätzt, fällt heute durch Verslossenheit gegenüber den Eltern auf. Er fühlt sich nach seinen eigenen Angaben vor allem vom Vater nicht verstanden und akzeptiert, kann sich auch gegenüber dem 2 J. jüngeren Bruder nicht durchsetzen. Der Versuch, sich größeren

und stärkeren Freunden anzuschließen, den die Mutter beschreibt, ist bisher nicht zur Zufriedenheit A.'s verlaufen sondern hat ihn in neue Abhängigkeits-situationen geführt. Die auffällig niedrigen Werte in den Skalen U2, U9, U10 und U11 zeigen ein niedriges Niveau der Einschätzung von Selbständigkeit, Ich-Darstellung, Frustrationstoleranz und Erleben körperlicher Fitness an. Ein weit überdurchschnittlicher Wert in der "Neurotizismus"-Skala weist auf eine starke emotionale Labilität hin. Der sich andererseits als sehr ehrgeizig (U8) und ausdauernd (U7) einschätzende Junge betont in der Exploration sein Streben nach Erfolg und Unabhängigkeit. Trotz ernster Hindernisse hält er an der Absicht, sich durch das Abitur für ein Universitätsstudium zu qualifizieren, fest. Die Eltern werden in den Erziehungsstil-Skalen (MS/VS) als streng eingeschätzt, wobei vor allem von seiten des Vaters wenig Unterstützung (VU) erfahren wird. Die Mutter des Jungen stellt sich als einen psychosomatisch wenig gestörten (FPI 1), zufriedenen und selbstsicheren (FPI 3) sowie emotional stabilen (FPI N) Menschen dar. Im Scenotest deuten sich Kontaktstörungen des sich eher als introvertiert (E1) beschreibenden Jungen an. Neben den Hinweisen auf die Erfahrung von Isolation und Einsamkeit läßt sich aus dem Scenobild auch das Vorliegen oraler Bedrohung vermuten.

Fall 13: Heidi, 16,9 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei H. wurde im Alter von 10,2 J. ein ulcus duodeni röntgenologisch gesichert. Bereits 2 J. zuvor hatten Oberbauchbeschwerden, die vorwiegend vor dem Essen auftraten, begonnen. Nachdem bei einer entsprechenden stationär durchgeführten konservativen Therapie zunächst Besserung eingetreten war, verschlechterte sich der Zustand wieder. 3 Jahre später erfolgte ein zweiter Krankenhausaufenthalt, um die Patientin wegen eines erneuten, diesmal mit Bluterbrechen einhergehenden Ulcusrezidivs zu behandeln. Auch gegenwärtig leidet die inzwischen fast 17-Jährige unter häufigen Beschwerden.

1a. Familiäre Belastungen

Bei der Großmutter mütterlicherseits bestand ein Magengeschwür.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

In der körperlichen Entwicklung werden sonstige Auffälligkeiten nicht genannt. Mit 14 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

H. wurde als zweites von insgesamt 10 Geschwistern geboren. Schwangerschaft und Geburt waren ohne Komplikationen verlaufen. Die Mutter stillte den Säugling 5 Wochen lang, was sie in Ruhe und innerer Ausgeglichenheit hätte tun können. Im Alter von 1 J. habe H. des Nachts häufig geschrien, was die Mutter schließlich dadurch, daß sie nicht darauf reagierte, unterbunden habe. In den 3 - 4 Wochen dieses Verhaltens habe das Kind bisweilen erst nach 1 Std. das Schreien eingestellt.

H., die ab dem 3. Lebensjahr einen Kindergarten besuchte, sei gut mit andern Kindern ausgekommen. Allerdings sei schon im Kleinkindalter eine Tendenz, sich zurückzuziehen, beobachtet worden. Es sei ihr immer schwer gefallen, Freundschaft zu schließen, obwohl sie sich sehr darum bemüht habe. Sie habe es nicht verstanden, ihre eigenen Interessen durchzusetzen, habe bei Widerständen eher mit Zurückhaltung reagiert.

In der Schule sei H., die mit 6 J. eingeschult wurde, durch Konzentrationsmangel aufgefallen. Trotz Fleiß und Ehrgeiz wurden nur mäßige Leistungen erreicht. H. sei stark von der Zu- bzw. Abwendung der Lehrer abhängig gewesen. Ihre Schulaufgaben habe sie immer selbständig verrichtet.

H. war 12 J. alt, als die Mutter die Ehescheidung beantragte. Schon mehrere Jahre zuvor hatten die familiären Spannungen stark zugenommen, die hauptsächlich daraus resultierten, daß der Ehemann Trinker war. Im Verlauf der häufigen Streitigkeiten sei es auch zu Anwendung körperlicher Gewalt des Mannes gegen die Ehefrau gekommen. 1 J. später ging die Mutter eine neue Ehe ein, die jedoch nur 3 J. bestand. Der Stiefvater verstarb aufgrund einer Erkrankung der Bauchspeicheldrüse.

Mit ihren Geschwistern vertrage sich H. schlecht. Sie habe vor allem unter der 1 J. älteren Schwester zu leiden, die sie ständig bevormunden wolle.

Die Mutter, die mit ihren 10 Kindern in einer 3 Zimmerwohnung mit Ofenheizung lebt, bezeichnet ihre wirtschaftliche Lage als geregelt. In der Erziehung ihrer Kinder, bei der Ordentlichkeit und Pünktlichkeit wichtige Erziehungsziele seien, würden auch gelegentlich Schläge eingesetzt.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Mutter bezeichnet H., die mit allen Schwierigkeiten zu ihr komme und sehr auf sie ausgerichtet sei, als stilles aber grundsätzlich freudig gestimmtes Kind. Das Mädchen sei hilfsbereit und gehorsam. Neben großem Ehrgeiz beginne sie in den letzten 3 J. auch zunehmend die früher vermißte Selbständigkeit zu entwickeln. In Versagungssituationen reagiere sie jedoch weiterhin passiv.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: gelegentlich Schwindel, Herzschmerzen, Einschlafstörungen, Nägelknabbern.

5. Äußerer Aspekt

Das sonst altersgemäß entwickelte Mädchen zeigt einen übergewichtigen Körperbau. An die ihr vorgelegten Aufgaben geht sie zunächst mit spürbarer Unruhe heran. Bald arbeitet sie jedoch konzentriert und zügig.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 2 / Aggressivität : 3
FPI 6 / Gelassenheit : 8
FPI 7 / Dominanzstreben : 8
FPI 9 / Offenheit : 7
FPI E / Extraversion : 7

M-B-I: U1 / Familiensituation : 8
U2 / Lebensgewohnheiten... : 3
U3 / Kontaktverhalten... : 9
U5 / Arbeitsverhalten : 9
U6 / Kreatives Verhalten : 2
U7 / Durchsetzungsvermögen : 2
U8 / Leistungsmotivation : 8
U9 / Verhalten bei Streß : 8
U11 / Gesundheit... : 2

HANES: E1 / Geselligkeit : 7
E2 / Aktivität : 7
L / Lügenskala : 9

Elterl. Erz.: MU : 6
MS : 2

Scenotest:

Im Scenospiel stellt sie ein "Familienhaus" mit Garten dar. Mit großer Sorgfalt und Umständlichkeit wählt sie dabei die einzelnen Bausteine aus. In einen "im Garten" mit Steinen umrandeten "Sandkasten" setzt sie in gegenüberliegende Ecken 2 Kinderpuppen. Davon abgerückt, in der Nähe des Hauses, werden "Vater und Mutter" ebenfalls gegenüber postiert aufgestellt. Die Szene erweckt insgesamt einen kargen Eindruck.

7. Zusammenfassung

Die Bewertung der Fragebogenergebnisse des 16,9 J. alten Mädchens muß mit Zurückhaltung vorgenommen werden, da ein überdurchschnittlich hoher Lügenscore erreicht wird (L). Dennoch korrelieren die niedrigen Punktwerte auf den Skalen Selbständigkeit (U2) und Selbstsicherheit (U7) sowie der hohe Punktscore in U8 mit dem Explorationsergebnis. Neben der eher als unterstützend erlebten Mutter (MJ/MS) fällt der niedrige Punktwert bei der Einschätzung des väterlichen Erziehungseinflusses auf. H. verneinte auch in der Exploration eine stärkere Bindung an den vor 1 J. verstorbenen Stiefvater, der nach der Scheidung der leiblichen Eltern nur 3 J. der Familie angehörte. Dem sich grundsätzlich als wenig widerstandsfähig einschätzenden Mädchen steht nach den Ergebnissen des FPI eine aktive, sich als dominant und belastbar beschreibende Mutter gegenüber. Zugleich wird im Scenotest die Trennung von Erwachsenen- und Kinderwelt betont.

Fall 14: Michael, 16,11 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei M. wurde mit 14 J. ein ulcus duodeni röntgenologisch festgestellt. Im Alter von 12 1/2 J. waren epigastrische und parumbillicale Schmerzen vorwiegend als Nüchternschmerz erstmalig aufgetreten. Die stationär durchgeführte konservative Therapie brachte für ein halbes J. Beschwerdefreiheit. Danach stellten sich die auch zum Zeitpunkt der Untersuchung bestehenden Beschwerden erneut ein.

1a. Familiäre Belastungen

Bei dem Vater des Jungen wurde wegen mehrerer Magengeschwüre eine 2/3-Resektion des Magens durchgeführt.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

M. hatte bereits in den ersten Lebensjahren unter häufigen Erkältungskrankheiten zu leiden. Mit 3 J. wurde ein Klinikaufenthalt wegen einer Pneumonie notwendig. Im Alter von 6 J. wurde eine Tonsillektomie vorgenommen. M. befand sich wegen rezidivierender Bronchitiden immer wieder in hausärztlicher Behandlung. Mit 15 J. wurden Bronchiektasen diagnostiziert. Mit 16 1/2 J. erfolgte nach weiterer vergeblicher konservativer Therapie eine Lobektomie im Bereich des linken Lungenflügels.

3. Biographische Anamnese

M. ist Einzelkind. Er wurde nach unkomplizierter Schwangerschaft geboren. Die Mutter hatte den Säugling nur während des 1. Monats selbst stillen können. Die schon bald einsetzenden Erkältungskrankheiten hätten das Kind zu "einer Belastung" werden lassen. Als M. 2 J. alt war, flüchtete die damals noch in Ostdeutschland bei den Schwiegereltern der Mutter lebende Familie nach West-Berlin. Hier wohnte diese nach einem 2-monatigen Lageraufenthalt für 3 J. zur Untermiete. Die Familie lebte gemeinsam in 1 Raum, in dem auch der Fernseher untergebracht war. Eine Rücksichtnahme auf den Jungen sei jedoch nicht nur aufgrund des Raummangels, der z. B. auch die Belastungen des starken Zigarettenkonsums der beiden Eltern zur Folge hatte, nur sehr eingeschränkt möglich gewesen. Wesentlicher noch muß der Tatbestand berücksichtigt werden, daß der Vater stark dem Alkohol verfallen war und dies bis in das 15. Lebensjahr des Jungen hinein blieb. Nach Angaben der Mutter kam es fast täglich zu Auseinandersetzungen zwischen den Ehepartnern, in deren Verlauf die Mutter des öfteren geschlagen worden sei. Diese Vorgänge hätte M. sehr oft miterleben müssen. Die Mutter habe zum damaligen Zeitpunkt wiederholt die Scheidung erwogen, jedoch letztlich nicht den Mut dazu gehabt, sie einzuleiten. Als M. 5 J. alt war, war der Umzug in eine größere Wohnung erfolgt, in der für den Jungen jetzt ein eigenes Zimmer zur Verfügung stand. Da beide Elternteile ganztätig berufstätig waren, verbrachte der Junge die Zeit, die er nicht im Kindergarten oder Kinderhort, in den er bis zum 10. Lebensjahr ging, verblieb, allein zu Hause. Seitdem versorgt er sich auch während des Tages selbst. Dies gilt auch für die häufig auftretenden Bauchschmerzen.

M. sei als Kleinkind durch Scheu aufgefallen. Bei Widerständen habe er sich zurückgezogen und den Beleidigten gespielt. Auf Betreiben des Vaters, der sich vor allem damit nicht abfinden wollte, daß M. sich immer wieder von seinen Kame-

raden verhasen ließ, nahm er mit 13 J. an einem Judo-Kurs teil, gab diesen jedoch bald wieder auf.

Nachdem M. mit 2 J. sauber gewesen sei, habe mit dem 5. Lebensjahr das nächtliche Bettnässen erneut eingesetzt. Die Mutter habe dabei häufig mit starken Unmutsäußerungen und auch Schlägen reagiert. Dennoch habe M. die Enuresis erst aufgegeben, als er mit 11 J. in ein Kinderheim verbracht worden war.

Mit 7 J. erfolgte die Einschulung. Schon nach kurzer Zeit sei der Junge durch Aufsässigkeit aufgefallen, die vor allem durch mangelndes Entgegenkommen des Lehrers dem sehr fleißigen Jungen gegenüber entstanden sei. Der Kontakt zu Klassenkameraden oder anderen Freunden sei ihm schwer gefallen.

Befragt nach ihrem Erziehungsziel erklärt die Mutter, daß es ihr darum gegangen sei, M. schon frühzeitig zu Selbständigkeit und Ordentlichkeit zu erziehen. Es sei dies jedoch besonders in der Kleinkindzeit schwer gefallen, da M. die Eltern immer wieder habe mit Beschlag belegen wollen. Als Erziehungsmittel seien auch Schläge eingesetzt worden, wenn der Junge zu eigensinnig gewesen sei. Meist hätten jedoch Verhaltensweisen wie etwa "Nicht Gute-Nacht Sagen" genügt, um ihn zu bestrafen.

4. Persönlichkeit des Kindes

M. wird von seiner Mutter als hilfsbereites, gehorsames Kind beschrieben. Sein Ehrgeiz bezüglich der Schulleistungen habe in der letzten Zeit noch zugenommen. Er besuche die Schule sehr gern. Seine Grundstimmung sei ernst. Wenn er sein Unvermögen spüre, sich durchzusetzen, beobachte sie deutlich anhaltenden Ärger, den er jedoch nicht offen zeigt. Es sei dem Jungen schwer gefallen, Freundschaften zu schließen.

M. hat jetzt ein klares berufliches Ziel, das darin besteht, Autoelektriker zu werden. Er beklagt die mangelnde Aufmerksamkeit der Eltern, die er nur immer abends sehe. Die Mutter würde zu viel seine mangelnde Ordnung kritisieren. Er wünsche sich sehr, daß seine Eltern mit ihm einmal verreisen würden, was erst ein einziges Mal geschehen sei. Vor allem sein Vater, dem er sehr zugetan sei, habe nie Zeit für ihn, obwohl er diesen oft bäte, etwas mit ihm zu unternehmen. Seinen Berufswunsch, Autoelektriker zu werden, will er trotz der sich bezüglich seines körperlichen Zustandes zeigenden Schwierigkeiten unbedingt verwirklichen.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Schwindel, Kopfschmerz.

5. Äußerer Aspekt

Der für sein Alter normal entwickelte Junge wirkt körperlich schwach. Dies mag aufgrund der noch nicht lange zurückliegenden Lungenoperation zu erklären sein. Im Gespräch ist er zurückhaltend, jedoch um ehrliche Antworten bemüht. Die Aufgaben erledigt er mit Sorgfalt sowie mit Umständlichkeit.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 3 / Depressivität : 7

M-B-I: U1 / Familiensituation : 8
U2 / Lebensgewohnheiten : 3
U3 / Kontaktverhalten... : 8
U4 / Schulische Situation : 7
U5 / Arbeitsverhalten : 7
U7 / Durchsetzungsvermögen : 8
U8 / Leistungsmotivation : 7
U9 / Verhalten bei Streß... : 8
U10 / Einstellung und Einschätzung : 3
U11 / Gesundheit... : 1

HANES: N / Neurotizismus : 8
E1 / Geselligkeit : 9
E2 / Aktivität : 9

Elterl. Erz.: MU : 2
MS : 11
VU : 9
VS : 2

Scenotest:

Mit sorgfältiger Materialauswahl baut M. das Bild eines Bauernhofes auf. M. läßt die "Mutter" den Tieren Futter austeilen. Währenddessen wartet im angrenzenden Wald der Fuchs, der die Tiere des Bauernhofes "angreifen wolle".

7. Zusammenfassung

Bei der Betrachtung der biographischen Anamnese des 16,11 J. alten Jungen fällt zunächst die stark eingeschränkte wirtschaftliche und häusliche Situation auf,

die bis zu dessen 5. Lebensjahr bestand. Zudem ist die Alkoholabhängigkeit des Vaters zu berücksichtigen. Nachdem M. mit 2 J. sauber gewesen war, setzte mit 5 J. eine Enuresis nocturna ein, die bis in das 11. Lebensjahr hinein bestehen blieb. Bei der Frage nach entsprechenden Umweltkonstellationen, die für dieses Geschehen mitverantwortlich gemacht werden könnten, muß auf die seitens der Mutter genannten Stillschwierigkeiten wie auf deren Bemerkung hingewiesen werden, daß sie den Jungen wegen seiner häufigen Erkältungskrankheiten in der Säuglingszeit als "eine Belastung" empfunden habe. Zur psychologischen Bewertung der hier vorliegenden Enuresis sei das folgende allgemein zu dieser Störung Ausgeführte zitiert: "Von der psychologischen Seite des Kindes her kann man allerdings sagen, daß es sich um die Unfähigkeit handelt, bestimmte Leistungsvollzüge zu vollbringen, und daß unbewußte Wünsche in bezug auf kleinkindhafte Geborgenheit und kleinkindhaftes Verhalten eine hervorragende Rolle spielen." (Dührssen 1965, S. 299). Zieht man hierzu die Tatsache in Betracht, daß M. aufgrund der ganztägigen Berufstätigkeit beider Eltern sich bis heute weitgehend selbst zu versorgen hatte, so kann aus dem Zitat ein Hinweis für die Einschätzung des vorliegenden Falles entnommen werden. M., der auf der "Neurotizismus"-Skala deutlich überdurchschnittliche Werte erzielt, beschreibt sich selbst als unterdurchschnittlich in den Skalen, die Selbstschilderung (U10) und Eigenständigkeit (U2) wiedergeben. Dem aus der Exploration gewonnenen Eindruck entspricht der sehr niedrige Wert bei der Einschätzung der körperlichen Fitness (U11). Nicht mit diesem scheint jedoch der relativ hohe Punktscore in der Einschätzungsskala der Familiensituation (U1) vereinbar, zumal auch die Mutter als überdurchschnittlich streng (MS) eingeschätzt wird. Hier kann unter Umständen das positive Verhältnis zum Vater, das M. durch den hohen Wert auf der väterlichen Unterstützungsskala (VU) ebenfalls andeutet, erklärend herangezogen werden. Bezüglich seiner sozialen Umwelt schätzt sich der Junge als durchaus führend (U3), selbstsicher (U7) und aktiv kontaktnehmend (E1, E2) ein. Das Szenobild gibt einen Hinweis auf das Vorliegen oraler Bedrohung.

Fall 15: Wolfgang, 17,8 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

W. war 11,7 J. alt, als bei ihm ein ulcus duodeni röntgenologisch diagnostiziert wurde. Bereits seit dem 8. Lebensjahr hatten wiederholt abdominelle Schmerzen

und Übelkeit für jeweils mehrere Wochen bestanden. Nachdem die zum Zeitpunkt der Diagnosestellung stationär durchgeführte konservative Behandlung nur für einige Zeit Besserung gebracht hatte, wurde diese im Alter von 14 J. wiederholt. Auch gegenwärtig besteht die Symptomatik fort.

1a. Familiäre Belastungen

Sowohl beim Vater als auch bei der Mutter des Jungen bestehen Zwölffingerdarmgeschwüre. Die Großmutter väterlicherseits verstarb an einem Magenkarzinom.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

W. hatte im Kleinkindalter unter rezidivierenden Bronchitiden zu leiden. Im Alter von 4 J. bestand eine Hiluslymphknotentuberkulose.

3. Biographische Anamnese

W. wurde als letztes von 3 Kindern geboren. Die Entbindung erfolgte durch sectio caesarea, da eine Wehenschwäche vorlag. Ab dem 8. Schwangerschaftsmonat wurde die Mutter wegen Blutungen behandelt. Der Säugling mußte von Anfang an künstlich ernährt werden, da die Mutter keine Milch abgeben konnte.

Das sehr stille Kind hat nach Angaben der Eltern wenig alleine spielen wollen und immer wieder der elterlichen Anregung bedurft. Im Alter von 3 J. sei es oft vorgekommen, daß der Junge nachts aufgrund von Angstträumen geschrien habe.

Noch mit 6 J. habe man ihn nicht allein in der Wohnung lassen können, da seine Angst vor dem Alleinsein zu groß gewesen sei. Die Mutter habe auf diese Verhaltensweisen mit viel Zuwendung und Geduld reagiert.

Mit 7 J. wurde W. eingeschult. Die Eingewöhnung sei nicht leicht gefallen. Die Lehrer hatten vor allem über mangelnde Mitarbeit und mangelndes Konzentrationsvermögen des Jungen zu klagen. Wenn W., der von der 1. Klasse an sehr fleißig gewesen sei, eine Leistung nicht erbringen konnte, habe er oft mit Weinen reagiert. Insgesamt habe W. nur mit großen Schwierigkeiten den schulischen Anforderungen, die er sehr ernst nehme, entsprechen können. Sein Berufsziel ist es, Sportreporter zu werden.

W., der als uneheliches Kind geboren worden war, entstammt einer 2. Verbindung der Mutter, welche diese einging, nachdem der 1. Ehemann während des Krieges gefallen war. Sie schloß diese 2. Ehe jedoch erst etwa 1 J. nach der Geburt des Jungen, als eine weitere Niederkunft bevorstand.

Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Familie werden als zufriedenstellend beschrieben.

Die hauptsächlich die Erziehung leitende Mutter bezeichnet sich selbst als sehr nachgiebig gegenüber W. Sie mache ihm häufig kleine Geschenke. Als Bestrafung genüge es, den Jungen spüren zu lassen, daß man ihn nicht beachte.

Während W. mit dem 19 J. älteren Stiefbruder aus der ersten Ehe der Mutter schon wegen des Altersunterschiedes nur wenig Kontakt gehabt habe, sei sein Verhältnis zu der um 1 J. jüngeren Schwester durch häufige und heftige Auseinandersetzungen bestimmt, die schon in frühen Jahren eingesetzt hatten. Die Mutter habe peinlich darauf zu achten gehabt, daß der Schwester keinerlei Vorteile gegenüber W. zugestanden wurden. Allerdings sei bei den Streitereien keines der beiden Geschwister dem anderen deutlich unter- oder überlegen.

Wegen der Ulcusbeschwerden habe der Junge häufig in der Schule gefehlt. Er wird in diesen Fällen vermehrt von der Mutter umsorgt.

4. Persönlichkeit des Kindes

W. ist nach Ansicht der Mutter schüchtern und wenig selbstbewußt. Im Umgang mit Kameraden kann er sich schlecht durchsetzen. Da ihn jedoch "alle gern mögen", fände er leicht Freunde. Der gehorsame Junge sei sehr auf die Mutter ausgerichtet, die er in allen wichtigen Situationen um Rat frage.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: Schwindel, Zittern bei Aufregung.

5. Äußerer Aspekt

W., der körperlich altersentsprechend entwickelt ist, verhält sich während der Untersuchung zurückhaltend. Die ihm vorgelegten Aufgaben erledigt er langsam und umständlich.

6. Testergebnisse

FPI (Mutter): FPI 1 / Nervosität : 8
FPI 2 / Aggressivität : 7
FPI 3 / Depressivität : 9
FPI 4 / Erregbarkeit : 8
FPI 8 / Gehemmtheit : 9
FPI N / Emot. Labilität : 8
FPI M / Maskulinität : 2

M-B-I: U2 / Lebensgewohnheiten... : 2
U4 / Schulische Situation : 2
U6 / Kreatives Verhalten : 1
U8 / Leistungsmotivation : 8
U10/ Einstellung und Einschätzung : 3
G / Gesamt : 2

HANES: N / Neurotizismus : 7
E1 / Geselligkeit : 9

Elterl. Erz.: MU : 10
MS : 1
WU : 6
VS : 4

Scenotest:

Im Scenenspiel geht W. sehr sorgfältig vor, er stellt schließlich jedoch eine nur karge Szene auf, in der 2 Umkleidekabinen eines Fußballplatzes dargestellt werden sollen. Die zur Umgrenzung und als Sitzflächen verwendeten Bausteine werden wiederholt ausgetauscht. Als Personen darstellende Figuren werden nur männliche Puppen ins Spiel genommen, die 2 Fußballspieler in gemeinsamem Gespräch und 2 Trainer darstellen, wobei der eine ein Kind bei sich hat.

7. Zusammenfassung

Der 17,8 J. alte Junge, den die Mutter als wenig selbständig und sehr von ihr abhängig beschreibt, schätzt sich auch selbst als unselbständig (U2) ein. Von frühester Kindheit an war der Mutter die im Vergleich zu ihren übrigen beiden Kindern vermehrte Forderung nach Zuwendung aufgefallen. Die schulische Situation (U4) wird bei deutlich hohem persönlichem Ehrgeiz (U8) als stark negativ beschrieben. Dies entspricht den bereits in der biographischen Anamnese sichtbar gewordenen Schulschwierigkeiten. Hier ist auch die im Scenotest geschilderte Trainingssituation einzuordnen. Der Junge, den "alle gern mögen", schätzt sich als durchaus gesellig (E1) ein. In den Skalen, die Kreativitätseinschätzung (U6) und Ich-Darstellung (U10) wiedergeben, erreicht er deutlich unterdurchschnittliche Werte. W., der seine Umwelt nach den Ergebnissen des M-B-I als wenig fördernd und positiv unterstützend erlebt, macht dabei seiner Mutter gegenüber anscheinend eine Ausnahme. Hier wird ein hoher Wert auf der entsprechenden

Skala (MU) bei einem sehr geringen Wert auf der Strenge-Skala (MS) erreicht. Darauf, daß dies nicht einfach als positiv sich auswirkende Erziehungsleistung der Mutter gewertet werden kann, weisen die bei dieser erhobenen Persönlichkeitsvariablen des FPI hin. Nach den Ergebnissen dieses Testes muß für die Mutter das Zustandsbild hochgradiger emotionaler Labilität angenommen werden. Deutliche bzw. weit überdurchschnittliche Werte in den Skalen Nervosität, Depressivität, Erregbarkeit und Gehemmtheit unterstreichen den Stimmungs labilität und Reizbarkeit widerspiegelnden Wert in der Skala FPI N.

Fall 16: Gabriele, 16,0 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei G. waren im Alter von 9 J. erstmalig Oberbauchschmerzen und Übelkeit aufgetreten. Die durch Nüchternschmerz gekennzeichnete Symptomatik stellte sich in der Folgezeit immer öfter ein und häufte sich vornehmlich im Frühjahr und im Herbst. Mit 12 1/2 J. erfolgte eine klinische konservative Behandlung des röntgenologisch gesicherten ulcus ventriculi. Hier konnte eine Beschwerdefreiheit erzielt werden, die für mehrere Monate anhielt. Die abdominelle Symptomatik stellte sich dann jedoch, wenn auch seltener, wieder ein.

1a. Familiäre Belastungen

Angaben über familiäre Belastungen liegen nicht vor.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Mit 7 J. bestand eine Lungenentzündung. Im Alter von 11 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

G. wurde als fünftes von insgesamt 7 Kindern geboren. Über die frühe Entwicklung der Patientin konnte Sicheres nicht in Erfahrung gebracht werden, da das Mädchen im Alter von 4 J. in ein Kinderheim verbracht wurde, nachdem den Eltern das Sorgerecht für die Kinder entzogen worden war. Nach Angaben der Pflegemutter sei der Vater Trinker gewesen, es sei zu Gewalttätigkeiten gegenüber den Kindern und der Ehefrau gekommen, weshalb auch die leibliche Mutter sich der Erziehungsaufgabe nicht mehr gewachsen gefühlt habe. G. lebte zusammen mit einem

2 1/2 J. jüngeren Bruder insgesamt 5 J. lang in Berliner Kinderheimen. Im Alter von 9 J. wurde sie zusammen mit dem jüngeren Bruder von Pflegeeltern aufgenommen. G. habe sich gut in die neue Familie, der außerdem ein 4 J. jüngerer Sohn angehört, eingelebt. Bereits 4 Wochen nach der Aufnahme des Mädchens in die Familie setzten die Bauchbeschwerden ein, unter denen G. auch schon in den letzten Wochen ihres Heimaufenthaltes zu leiden gehabt hätte.

In der Geschwisterbeziehung auch zu ihrem leiblichen Bruder fiel G. durch starke Rückzugsbereitschaft auf. Zu offenem Streit komme es praktisch nie. Ernste Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung des Kindes wurden von der Pflegemutter nicht beobachtet. Die soziale Lage der Familie war in jeder Weise gesichert, G. bewohnte von Anfang an ihr eigenes Zimmer.

Ein wesentliches Erziehungsziel sieht die die Erziehung hauptsächlich leitende Pflegemutter in dem Erlernen von Ordentlichkeit und Zuverlässigkeit. Bei G. sei das nicht immer leicht gewesen, da sie zur "Liederlichkeit" neige. Die Pflegemutter stellt sich als resolute Person dar, die in der Untersuchungssituation durch einen kommandierenden Ton gegenüber den Kindern auffällt. Sie sei Eigenständigkeit und Selbständigkeit auch in der Führung des eigenen Geschäftes gewöhnt, wie sie ausdrücklich betont.

In der schulischen Leistung fiel G., die im 7. Lebensjahr eingeschult wurde, schon bald durch großen Fleiß auf, was auch die entsprechenden Zeugnisbemerkungen bestätigen. Sie hatte ihre Schularbeiten immer selbständig anzufertigen, zugleich waren diese regelmäßig vor dem Spielen zu erledigen. Die Beziehung zu Mitschülern und Lehrern sei stets gut gewesen.

4. Persönlichkeit des Kindes

Die Pflegemutter beschreibt G. als sensibles, "geducktes" Kind, das hilfsbereit und sehr gehorsam sei. Es bestehe eine starke Abhängigkeit von der Pflegemutter, die auch häufig Entscheidungen für das Mädchen zu fällen habe. G. zeige ferner die Eigenart, nicht gern etwas besitzen zu wollen. Sie schenke häufig der Mutter Dinge, die sie selbst erhalten hat. Vor jedem selbständigen Einkauf vom Taschengeld befrage sie die Pflegemutter. Sie sei auf Sparsamkeit ausgerichtet und halte ihre Wünsche zurück. Der bereits für die Geschwisterbeziehung aufgezeigte Mangel an Durchsetzungsvermögen wird auch für die schulische Situation G.'s berichtet. Sie weiche Auseinandersetzungen beständig aus, ärgere sich dann jedoch sehr über ihr Unvermögen. Andererseits sei ihr Kontaktverhalten gut. Mit

den Pflichten für die Schule nehme es G. sehr genau. Sie sei ausgesprochen ehrgeizig. Bei einer schlechten Leistung stelle sich lang anhaltender Ärger ein. Die Pflegemutter nehme zu den Erfolgen bzw. Mißerfolgen des Kindes mit Belohnungen oder Entzug derselben Stellung.

Nach dem allerersten Kindheitserlebnis befragt, berichtet G. von ihrer elterlichen Wohnung, die sich in einem Abrißhaus befunden habe. 6 Geschwister und sie selbst hätten in nebeneinander aufgestellten Betten "wie in einem Krankenhaus" gelegen. Bisweilen habe es Prügel gegeben. Über ihren Heimaufenthalt macht sie wenig Angaben. Sie habe sich dort wohlgeföhlt, sei aber sehr gern in die neue Familiengemeinschaft übergewechselt. Die Pflegemutter wird von G. in keiner Weise kritisiert. Was diese sagt und anordnet, habe für G. Gültigkeit. Das Mädchen habe zwar keine Schwierigkeiten, Kontakt zu finden, es gelinge ihr jedoch nur schwer, in solchen Beziehungen über das Oberflächliche hinauszukommen. Gegenwärtig besteht zum 1. Mal eine Freundschaft zu einem Jungen, von deren Existenz sie der Mutter jedoch nichts verraten hat. In der Beziehung zu diesem 2 J. älteren Freund sei sie sehr zurückhaltend, weil die Pflegemutter sie immer wieder vor Gefahren in solchen Beziehungen warne. G., für die die Schule auch nach eigener Aussage wesentlicher Pflichtpunkt sei, möchte in einem kinderpflegerischen Beruf tätig werden.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten: plötzliche Schweißausbrüche, gelegentlich Schwindel.

5. Äußerer Aspekt

Während des gemeinsamen Gespräches antwortet G., deren äußeres Erscheinungsbild als klein und zierlich imponiert, auf Fragen nur, wenn die Pflegemutter sie dazu ermuntert. Dabei bleibt ihr Blick immer wieder ängstlich auf diese gerichtet. Ihre Sprache ist leise. Auch im direkten Zweiergespräch verbleibt sie gegenüber dem Untersucher in fast unterwürfiger Haltung und ist bemüht, allen Fragen und Anforderungen strikt zu entsprechen. In der Testsituation verhält sie sich gründlich und eher langsam.

6. Testergebnisse

M-B-I: U2 / Lebensgewohnheiten... : 3
U3 / Kontaktverhalten... : 9
U4 / Schulische Situation : 7
U5 / Arbeitsverhalten : 8

U7 / Durchsetzungsvermögen : 9

U9 / Verhalten bei Streß... : 3

HANES: E1 / Geselligkeit : 9

Elterl. Erz. (Pflegeeltern): MU : 12

MS : 6

VU : 8

VS : 0

Scenotest:

Im Scenenspiel ist G. unter sorgfältiger Materialauslese bemüht, einen Spielplatz, der in der Nähe der Wohnung gelegen ist, "naturgetreu" nachzubauen. Sie läßt dabei auch den angrenzenden Waldrand einerseits und die vorüberführende Straße andererseits nicht außer Acht. Immer wieder korrigiert sie die Bauelemente, um deren exakte Position sie besorgt ist, da dies oder jenes noch nicht "stimme". Nachdem G. ihr Werk beendet hat und es prüfend überblickt, wählt sie nach einigem Nachdenken zögernd 2 Kinderpuppen, um sie auf die aufgebaute Wippe zu setzen, nimmt sie dann jedoch schnell wieder aus dem Bild heraus, weil "die nicht hierher gehören". Nach ihrem eigenen, eventuellen Standort in der Szene gefragt, befindet sich G. unsichtbar auf der Straße, von wo aus sie sich den Spielplatz ansehe. Sie wünscht sich einen solchen Platz, wo sie mit ihren Freundinnen spielen könne.

7. Zusammenfassung

Aus der biographischen Anamnese des zum Zeitpunkt unserer Untersuchung 16-jährigen Mädchens geht das Einwirken schwer belastender Momente hervor. Man wird annehmen dürfen, was auch durch die Angaben der Pflegemutter nahegelegt wird, daß G., bevor sie im Alter von 4 J. durch Eingreifen des Jugendamtes in ein Kinderheim verbracht wurde, bereits extreme Situationen in der elterlichen Familie miterlebt hat. Nach einem 5-jährigen Leben in zwei verschiedenen Kinderheimen, das von der Patientin naturgemäß die Neuorientierung gegenüber bestehenden Ordnungen und Gemeinschaften erforderte, gelangte sie mit 9 J. in die Pflegefamilie. Die hier von Anfang an auffallende starke Bereitschaft zu Unterordnung und Gehorsam, die nach den Angaben der Pflegemutter weitgehend auf lobende Zustimmung trifft, dürfte ein wesentliches Verhaltensmuster darstellen, dessen Entwicklung im geschilderten Lebenslauf sicherlich wenig entgegengestanden

hat. Ganz entsprechend der Einschätzung durch die Pflegemutter, deren Persönlichkeitsvariablen leider nicht erhoben werden konnten, beschreibt sich G. selbst als eher unselbständig (U2). Im sozialen Kontaktverhalten ist das Mädchen dagegen sehr engagiert. Es werden nicht nur in der Skala E1, sondern auch bei der entsprechenden M-B-I-Variable, die die Einschätzung der eigenen sozialen Bedeutung wiedergibt, überdurchschnittliche Werte erreicht. Die Auswertung des Szenobildes, in welchem sich Isolierungserleben und affektentleertes Spiel bekunden, läßt jedoch vermuten, daß hier, wie G. auch im Explorationsgespräch andeutet, mehr erwünscht und erhofft wird, als die Patientin erhält. Dem in den Schulzeugnissen bescheinigten Fleiß entspricht die Selbsteinschätzung von Ausdauer und guter Lernorganisation (U5/U7). Die erzieherische Bedeutung der Pflegemutter kennzeichnet G. mit einem sehr hohen Wert in der Unterstützungsskala (MU), stellt diesem jedoch einen ebenfalls deutlich überdurchschnittlichen Wert in der Strangeskala (MS) an die Seite. Die mangelhafte Belastbarkeit, die G. selbst schildert, kommt auch in dem relativ geringen Punktescore der Variablen U9 zum Ausdruck.

Bei den beiden folgenden Patienten handelt es sich um im Heim lebende Kinder, bei denen eine Befragung der Eltern nicht durchgeführt werden konnte. Exploration und Testdurchführung wurden also lediglich bei den Patienten selbst vorgenommen.

Fall 17: Frank, 16,1 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei F. wurde im Alter von 16 J. ein ulcus duodeni röntgenologisch diagnostiziert. Mit 8 J. waren zum 1. Mal abdominelle Schmerzen, Übelkeit und Erbrechen aufgetreten. Nachdem bei konservativer Therapie durch den Hausarzt zunächst Besserung eingetreten war, zeigte sich die Symptomatik vom 13. Lebensjahr an erneut, wobei sie in jahreszeitlicher Betonung jeweils für einige Wochen bestand. Die gegenwärtig in der Klinik durchgeführte konservative Therapie brachte bereits weitgehende Beschwerdefreiheit.

1a. Familiäre Belastungen

Keine Angaben.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Mit 15 J. wurde eine Appendektomie durchgeführt.

3. Biographische Anamnese

Die Eltern des Jungen wurden in dessen 10. Lebensjahr geschieden. W. lebte während der nächsten 2 J. noch bei der Mutter, die bei seiner Geburt 21 J. alt war. Der 6 J. ältere Vater war Trinker. Er habe F. häufig geprügelt, habe auch die Mutter geschlagen, wenn diese F. schützen wollte. Es seien mehrere Verfahren wegen Kindesmißhandlung eingeleitet worden. Im Alter von 7 J. habe F. nach einem schweren Streit zwischen Vater und Mutter einen Suicidversuch mit Schlaftabletten vorgenommen.

Mit 12 J. wurde F. zur Großmutter mütterlicherseits verbracht. Mit 14 J. erfolgte die Heimeinweisung. Der Mutter wurde zu diesem Zeitpunkt das Sorgerecht für F. entzogen. Dennoch pflegt der Junge den Kontakt zur Mutter, die jetzt in Westdeutschland lebt, gern, zweimal im Jahr kann er sie für 3 Wochen besuchen. Den Vater, dessen Begegnung er meiden möchte, trifft er, wenn er gelegentlich die Großmutter besucht, wo der Vater öfter zum Essen erscheint.

Beide Elternteile hatten in dieses Eheverhältnis Kinder aus jeweils vorher bestehenden, geschiedenen Ehen mitgebracht. Mit seinen Stiefgeschwistern, einem 4 J. älteren Stiefbruder und einer 3 J. älteren Stiefschwester, habe sich F. nicht verstanden. Vor allem mit dem Bruder habe er sich häufig und heftig gestritten.

F. war mit 6 J. eingeschult worden. Er sei von Anfang an fleißig gewesen. Hilfe habe er nie erhalten. Er mußte zweimal die 7. Klasse wiederholen. Trotz solcher Mißerfolge besuche er die Schule gern. Über schlechte Leistungen ärgere er sich immer sehr. Dies komme jedoch nur noch selten vor, da die Schulleistungen jetzt sehr gut seien.

4. Persönlichkeit des Kindes

F.'s Berufsziel ist es, Tierpfleger zu werden. In diesem Zusammenhang berichtet F., der sich als sehr tierlieb bezeichnet, von einem für ihn zentralen Kindheitserlebnis: Er war mit ca. 7 J. vom Vater gezwungen worden, mehrere junge Katzen zu ertränken. Er habe dies nur mit sehr großem Widerstreben getan und sei anschließend mit heftigen Gewissensbissen als vermeintlicher "Mörder" durch die Straßen gelaufen.

Befragt nach seinem Verhältnis zu Klassenkameraden erklärt F., daß er sich nichts gefallen lasse. In der Klassengemeinschaft versuche er, sich oft durch Prügeleien durchzusetzen, wobei er allerdings öfter unterliege.

Auf die Frage, ob er sich noch daran erinnern könne, warum er mit 7 J. sich habe töten wollen, beschreibt F. nochmals die schweren elterlichen Auseinandersetzungen, die er nicht mehr habe miterleben wollen. Der Gedanke an Suicid sei ihm jedoch auch in der letzten Zeit wiederholt gekommen, da ihn die elterliche Situation noch immer sehr belaste. Er fühle sich des öfteren völlig kraftlos, sein Leben und seine Ausbildung selbst durchzuführen, zumal er niemanden habe, dem er sich ganz anvertrauen könne.

5. Äußerer Aspekt

Der körperlich eher zierliche, aber altersgemäß entwickelte Junge zeigt sich im Gespräch überlegt und offen. Die ihm vorgelegten Aufgaben erledigt er mit Ruhe und Eifer.

6. Testergebnisse

M-B-I: U1 / Familiensituation : 1

U2 / Lebensgewohnheiten... : 2

U3 / Kontaktverhalten... : 9

U4 / Schulische Situation : 7

U6 / Kreatives Verhalten : 9

U7 / Durchsetzungsvermögen : 8

U8 / Leistungsmotivation... : 9

U9 / Verhalten bei Streß... : 2

U10 / Einstellung und Einschätzung : 2

U11 / Gesundheit... : 1

G / Gesamt : 3

HANES: N / Neurotizismus : 9

E1 / Geselligkeit : 9

E2 / Aktivität : 9

Elterl. Erz.: MU : 15

MS : 1

WU : 0

VS : 14

Scenotest:

Im Szenospiel stellt F. nach kurzem Überlegen auf einem Teil des Testraumes eine Situation dar, die er folgendermaßen beschreibt: "Der Vater ist eben nach

Hause gekommen und schlägt die Frau, weil sie etwas Falsches gesagt hat. Diese schlägt das Kind; das Kind schlägt den Hund." Dies sei "eine Laufbahn der Aggression". In dem mehrere Szenen umfassenden Spiel wird weiterhin neben einer Schulszene, in der eine Lehrerin mehrere Kinder unterrichtet, ein Autounfall dargestellt. Bei den "verunglückten Fahrzeugen" liegt eine "verletzte Person", neben der ein Mann steht, der "hilflos" die Arme hebt. In einem Eckraum des Testfeldes ist schließlich die "Großmutter" dargestellt, die gerade von einem Arzt versorgt wird.

In dem über den Testraum hinausgehenden Spiel gestaltet F. einen Wald, aus dem heraus der Fuchs ein davor liegendes Tiergehege "anschleicht".

7. Zusammenfassung

In der Exploration deutet sich bei dem 16,1 J. alten F. schwere Bedrückung an. Die biographische Anamnese des jetzt seit 2 J. im Heim lebenden Jungen beinhaltet nicht nur die Scheidung der Eltern in dessen 10. Lebensjahr, sondern auch eine zu voller Ablehnung des Vaters führende Beurteilung der erlebten Familiensituation (vgl. auch die im Scenotest gemachte Aussage). Die Ergebnisse der Erziehungsstilskalen (VU/VS) sowie auch die im Scenospiel geschilderte Vaterfigur bestätigen dies nachdrücklich.

F., der auf der Neurotizismusskala (N) einen weit überdurchschnittlichen Wert erreicht, schätzt sich als unselbständig (U2) und Stressanforderungen wenig gewachsen (U9) ein. Dem von ihm beschriebenen Gefühl der Kraftlosigkeit, das sogar bis zu Mangel an Lebenswillen führe, können die deutlich unterdurchschnittlichen Werte auf der Einschätzungsskala der Selbstdarstellung (U10) sowie des körperlichen Empfindens (U11) zugeordnet werden. Aus der Geste der Hilflosigkeit der neben dem "Verletzten" stehenden Figur des Scenobildes kann schließlich ein weiterer Hinweis auf das von F. selbst beschriebene Erleben mangelnder Hilfestellung entnommen werden.

Der noch immer als stark positiv erlebte Mutterkontakt wird in der Skala MU deutlich.

Der weit überdurchschnittliche Wert auf der Einschätzungsskala der Leistungsmotivation kann in Zusammenhang mit der im Scenospiel auch dargestellten Lehrer - Schüler - Szene gewertet werden.

Fall 18: Reinhard, 18,0 J.

1. Anamnese zur Entstehung der Ulcuskrankheit

Bei R. wurde im Alter von 17,10 J. ein ulcus duodeni röntgenologisch diagnostiziert. Seit etwa einem halben Jahr vor der Diagnosestellung hatten Übelkeit und epigastrische Schmerzen bestanden, die vorwiegend als Nüchternschmerz auftraten. Die eben beendete klinische konservative Therapie brachte weitgehende Besserung.

1a. Familiäre Belastungen

Bei der Mutter bestand mit großer Wahrscheinlichkeit ein Magenulcus.

2. Sonstige somatisch - medizinische Anamnese

Sichere Angaben über die frühe körperliche Entwicklung des Jungen liegen nicht vor.

3. Biographische Anamnese

R. lebt seit seinem 4. Lebensjahr in verschiedenen Berliner Heimen. Er ist das jüngste von 3 Kindern. Im 1. Lebensjahr des Patienten starb der Vater. Die Mutter heiratete kurze Zeit später erneut, ließ sich jedoch von ihrem 2. Mann scheiden, als R. 16 1/2 J. alt war.

Der Mutter wurde das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen, als R. 4 J. alt war. An die in der Familie verbrachte Kindheit erinnert sich R. nur wenig. Die Eltern seien sehr oft betrunken gewesen, es sei zu schweren Streitigkeiten gekommen. R. selbst sei oft, besonders vom Stiefvater, geschlagen worden. Nach der Übersiedelung in ein Kinderheim war der Kontakt zu den Eltern vollständig unterbrochen. Erst seit seinem 16. Lebensjahr besuche er die Mutter, wenn auch in großen Abständen, für jeweils einige Stunden. Er tue dies jedoch nur mit Widerwillen auf Betreiben der Heimleitung.

An seine Geschwister, einen 6 J. älteren Bruder und eine 8 J. ältere Schwester, zu denen überhaupt kein Kontakt bestehe, kann sich R. nicht erinnern.

Mit 5 J. wurde R. eingeschult. Es seien von Anfang an viele Schwierigkeiten in der Schule aufgetreten, weil er vor allem die anfallenden Schulaufgaben nur selten vollständig erledigt habe. Als Begründung für dieses Verhalten nennt R. die Ablehnung des durch die Lehrer ausgeübten Zwanges. Nach der 7. Klasse besuchte er die Realschule bis zur 10. Klasse. Seit 3 J. befindet er sich in der Lehre als Feinmechaniker.

4. Persönlichkeit des Kindes

Der jetzt 18-jährige Junge beschreibt sich selbst als ängstlichen Menschen, der vor der Zukunft Befürchtungen habe. Er beschäftige sich viel mit Astrologie, um auf diese Weise vielleicht Zukünftiges sehen und sich darauf einstellen zu können. Es falle ihm schwer, Freundschaften zu schließen. Er bemühe sich allerdings trotz vieler Enttäuschungen immer wieder darum, Freunde, die er sehr brauche, zu finden. Er fühle sich im Vergleich zu seinen Kameraden sehr selbständig. Sein Ziel ist es, ein Leben in Sicherheit aufzubauen.

5. Äußerer Aspekt

Obgleich die vorgelegten Fragen mit Eifer und Gewissenhaftigkeit beantwortet werden, fallen ein sich immer wieder einstellender Konzentrationsmangel und ein Abgleiten der Aufmerksamkeit auf.

6. Testergebnisse

M-B-I: U2 / Lebensgewohnheiten... : 9
U3 / Kontaktverhalten... : 9
U4 / Schulische Situation : 7
U5 / Arbeitsverhalten : 7
U6 / Kreatives Verhalten : 7
U7 / Durchsetzungsvermögen : 9
U8 / Leistungsmotivation : 8
U9 / Verhalten bei Streß... : 8

HANES: E1 / Geselligkeit : 7
E2 / Aktivität : 7

Scenotest:

Mit großer Sorgfalt werden die einzelnen Gegenstände ins Spiel genommen. Mehrfach werden Teile ausgetauscht und vorwiegend Umgrenzungen immer wieder umgestellt. Bei der Darstellung einer Familiensituation innerhalb eines mehrere Zimmer umfassenden "Hauses" entsteht der Eindruck, als gehe der Junge nach einem inneren Bild vor. Die Personen in diesem abgerundeten Familienbild werden, jedoch räumlich voneinander getrennt, wie folgt angeordnet:

In den Liegestuhl, der sich im "Garten" befindet, wird die "Mutter" gelegt. "Der Vater hilft dem Kind bei der Erledigung der Schulaufgaben". In einem anderen Zimmer sitzt der zu Besuch gekommene "Opa". Eine angedeutete Treppe führt in das obere Stockwerk.

Befragt nach seiner Position in der Szene erklärt R., daß er selbst der Vater sein möchte.

7. Zusammenfassung

Der 18,0 J. alte Junge, der sich in der Exploration als sehr selbständig und zugleich als ängstlich bezeichnet, schätzt sich bei der Beantwortung des M-B-I entsprechend ein und gibt im Scenobild zugleich Hinweise auf bestehende Ängste, die R. vor allem gegenüber der Lebenszukunft erlebt. Der Schilderung großen persönlichen Ehrgeizes (U8) kann das im Scenospiel geschilderte Motiv des dem Kind bei der Erledigung seiner Schulaufgaben helfenden Vaters zugeordnet werden.

Auffällig sind die sehr hohen Werte in den Skalen, die Eigenständigkeit (U2), Selbstsicherheit (U7) und soziale Bedeutung (U3) einschätzen. Zugleich kann aber dem Scenobild ein Hinweis auf Isolierungserleben entnommen werden. Die Tatsache der sehr frühen Trennung von den Eltern, die schon mit 4 J. erfolgte, kann zur Beurteilung dieser Ergebnisse herangezogen werden. Eine Einschätzung wenigstens des mütterlichen Erziehungseinflusses lehnt R. entschieden ab.

Daß allerdings die im M-B-I erzielten Überdurchschnittlichen Werte nicht schlechthin positiv bewertet werden können, muß neben der schon besprochenen Unsicherheit und Ängstlichkeit auch dem im Scenobild sich zeigenden Hinweis auf eine Überforderung entnommen werden, der aus der Identifikation mit der Vaterfigur abgeleitet werden kann.

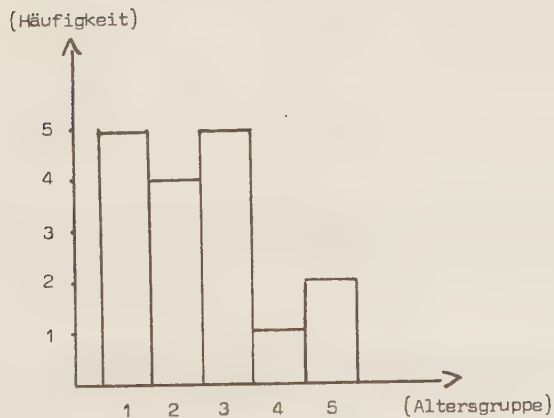
II. STATISTISCHE AUSWERTUNG

A) UNIVARIATE VERTEILUNGEN

a) Untersuchte Umwelt der Ulcuskranken

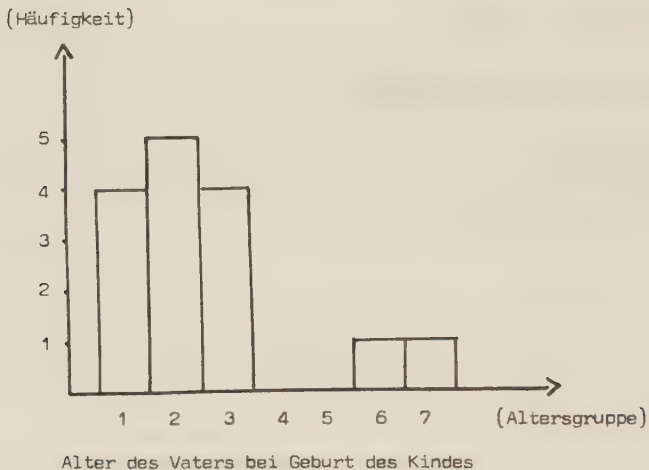
1. Alter der Eltern

Die Altersverteilung der Eltern wurde unter Berücksichtigung der Relation zur Geburt des Patienten bestimmt.



Alter der Mutter bei Geburt des Kindes

(1 = 20-23 J., 2 = 24-27 J., 3 = 28-31 J., 4 = 32-35 J., 5 = 36-39 J.)



(1 = 20-23 J., 2 = 24-27 J., 3 = 28-31 J., 4 = 32-35 J., 5 = 36-39 J.,
6 = 40-43 J., 7 = 44-47 J.)

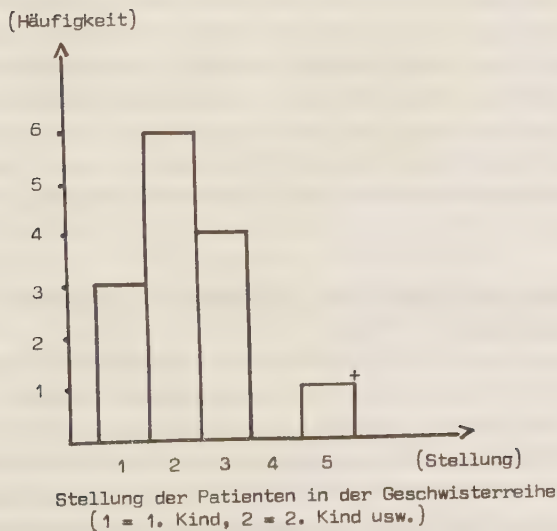
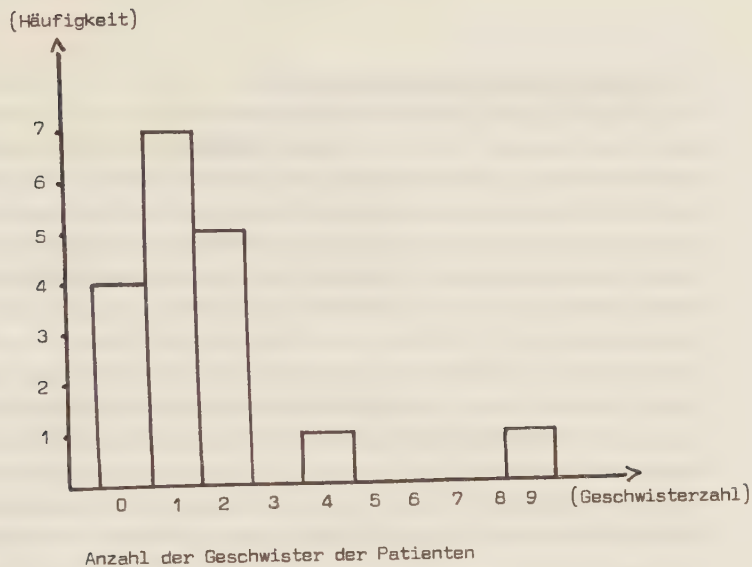
Bei einem Vergleich der auf Mutter und Vater bezogenen Angaben ergibt sich eine Häufung bei der Altersgruppe 24 - 27 J. sowohl bei den Vätern als auch bei den Müttern.

2. Wirtschaftliche Lage der Familie; Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe

Die wirtschaftliche Lage der Familie wurde seitens der Eltern nur 1 mal als "schlecht" und 2 mal als "gut" eingeschätzt. In den übrigen Fällen wurde der Mittelwert der 3-stufigen Einschätzungsskala gewählt.

Bezüglich der Geschwisterzahl und der Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe ergeben sich die im Folgenden dargestellten Verhältnisse.

Daß Ulcuspatienten im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt mehr Geschwister haben, wie Pflanz (1962) feststellt, trifft danach für diese Untersuchung nicht zu.



⁺Patient ist nach Geburt 5., aber bei Pflegeeltern 1. Kind.

3. Ungünstige äußere Familienverhältnisse

In 2 Fällen lag eine uneheliche Geburt des Kindes vor.

Eine Berufstätigkeit der Mutter wurde in 12 Fällen (= 66,67 %) angegeben, wobei 10 mal eine ganztägige Beschäftigung bestand. 6 mal hatten die Mütter diese Berufstätigkeit bereits vor dem 3. Lebensjahr des Kindes aufgenommen.

Zu einer Scheidung der Eltern war es in 6 Fällen (33,33 %) gekommen. Vom Tod eines Elternteils wurden 3 Patienten betroffen. Hierbei ist anzumerken, daß bei einem Patienten sowohl die Scheidung der Eltern als auch der Tod eines Elternteils vorlag.

"Broken Home"-Situationen, worunter also neben der unehelichen Geburt der Tod eines Elternteils oder die Scheidung der Eltern verstanden wird, wurden damit insgesamt 10 mal (55,60 %) festgestellt. In diesem Zusammenhang kann das Ergebnis der Untersuchung von Lachner (1963) angeführt werden, der bei über 50 % der Fälle einen "inneren Zerfall" der familiären Situation feststellt. Milieubelastungen (Stiefkind, Halbwaise) registrierten auch Freund (1956) und Krakauer (1967).

4. Schulsituation

Eingewöhnungsschwierigkeiten des Kindes bei Einschulung wurden insgesamt 6 mal angegeben. Die Beurteilung der Schulleistungen nach den Dimensionen einer 3-Punkte-Skala, der im wesentlichen Zeugnisnoten zugrunde gelegt wurden, zeigt einen Gipfel bei der Wertung "mittel". Jeweils 5 mal wurde die Bewertung "gut" bzw. "schlecht" vorgenommen. Die Frage nach eventuellen starken Leistungsveränderungen wurde bei 5 Patienten positiv beantwortet. Hilfe der Eltern bei Erledigung der Schulaufgaben: Nur in 5 Fällen war wenigstens eine zeitweise Hilfe bzw. Kontrolle geleistet worden. In allen übrigen Fällen fehlte diese Unterstützung.

5. Einschätzung der Persönlichkeit des Kindes bzw. Jugendlichen durch die Eltern bzw. Mutter

Es handelt sich hierbei um subjektive Einschätzungen, die in der Mehrzahl mittels einer 3-Punkte-Skala vorgenommen wurden, welche lediglich ein grobes Raster darstellen kann. Von der zusammenfassenden Bewertung blieben die beiden untersuchten Heimkinder ausgeschlossen, da eine Befragung der Eltern bzw. Erziehungspersonen nicht durchführbar war. Bei den Zusammenhängen, bei denen auch eine Selbsteinschätzung des Kindes von Bedeutung war, wird diese gesondert mitgeteilt.

5a.) Allgemein

Die Grundstimmung der Ulcuskranken wurde 6 mal als "freudig", 7 mal als "ernst" und 3 mal als "bedrückt" bezeichnet.

In 11 Fällen (61,11 %) wurde ein starkes Anlehnungsbedürfnis an die Mutter beschrieben. Ebenso häufig wurde eine starke Gehorsamshaltung des Kindes genannt. Bezüglich des Merkmals "Hilfsbereitschaft" erfolgte 7 mal die Einordnung bei "sehr" und 9 mal bei "mittel".

12 Mütter bzw. Elternpaare (66,67 %) kennzeichneten ihr Kind als sehr sensibel. Nur in einem Fall wurde geringe Sensibilität genannt.

Starke Ängstlichkeit fiel bei 7 Patienten auf, während geringe Ausgeprägtheit von Ängstlichkeit nur 1 mal registriert wurde.

Bei ernsthaften Widerständen in Versagungssituationen reagieren die Kinder nach Meinung der Eltern bzw. Mütter Überwiegend mit Rückzugstendenzen. Während bei der Erhebung dieser Variablen 8 mal die mittlere Antwortkategorie gewählt wurde, wurde ebenso oft das fast gänzliche Unterlassen von ausdauerndem Widerstand angegeben.

Die Fähigkeit der Kinder, Freundschaften zu schließen, schätzten die Eltern nur 2 mal als "gut" ein. 6 mal erfolgte die Angabe "schlecht".

5b.) Frühe Kindheit

10 mal erfolgte die Angabe "stilles Kind".

In 6 Fällen waren bereits im Kleinkindalter Kontaktstörungen beobachtet worden, die sich zum größten Teil im Umgang mit Gleichaltrigen zeigten.

5c.) Schule

Konzentrationsschwierigkeiten waren 10 mal aufgefallen. Starker Leistungsehrgeiz wurde in 8 Fällen genannt, 7 mal wurde hier die mittlere Kategorie und nur 1 mal die Bezeichnung "geringer Leistungsehrgeiz" gewählt.

Die Kontaktfindung in der Klassengemeinschaft bewerteten die Befragten 6 mal als "schlecht" und nur 4 mal als "gut". Die beiden Heimkinder ordneten sich hier den Wert "schlecht" zu.

5d.) Geschwister

Starke Konflikte mit den Geschwistern waren in 9 Fällen beobachtet worden.

Das Durchsetzungsvermögen bei Streitigkeiten mit den Geschwistern wurde in 6 Fällen als "schlecht" bezeichnet, 7 mal wurde die Kategorie "mittel" gewählt.

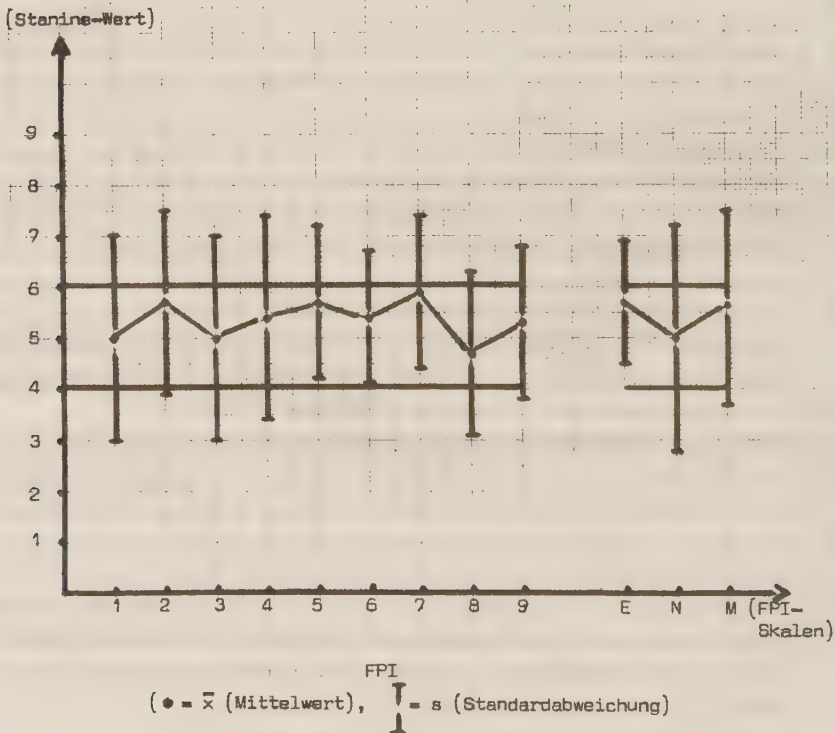
Der Rang des Patienten unter seinen Geschwistern wurde 7 mal mit "1. Rang" angegeben, je 2 mal erfolgte die Bewertung "2." bzw. "3. Rang". Hierbei muß daran erinnert werden, daß die untersuchten Patienten nur in 3 Fällen die ältesten Kinder sind.

6. Selbsteinschätzung der Mütter in 9 Persönlichkeitsmerkmalen (FPI);
elterliche Erziehungsziele

Die bei dieser Betrachtung zugrunde gelegte Fallzahl beträgt 15.

6a.) FPI

Bei der Zusammenfassung aller auf Normgruppen bezogener Standardwerte der im FPI erhobenen Persönlichkeitsvariablen bei unseren Pbn ergibt sich das folgende Gesamtprofilbild:



Bei Betrachtung des dargestellten Profils ergeben sich keine auffälligen Abweichungen von den Altersnormgruppen. Geringfügige Erhöhungen zeigen sich lediglich in den Skalen FPI 2 / Aggressivität, FPI 5 / Geselligkeit, FPI 7 / Dominanzstreben, FPI E / Extraversion und FPI M / Maskulinität.

Das sich damit andeutende Bild ist durch den Sekundärfaktor FPI E gekennzeichnet, dessen Items nach Angabe der Testautoren vor allem aus FPI 2 und FPI 5 stammen. Danach deutet sich bei den untersuchten Müttern eine Tendenz an, eher Geselligkeit, Kontaktbedürfnis, Kontaktsuche und -fähigkeit zu schildern. Die Pbn bezeichnen sich eher als lebhaft, ungezwungen, impulsiv, gesprächig, sie lieben Abwechslung und Unterhaltung. Sie schließen leicht Freundschaften, sind eher umgänglich und ungezwungen. In der Akzentuierung von Aktivität und Erregbarkeit beschreiben sie sich eher als unternehmungslustig, dominierend, tonangebend, durchsetzungsfähig, erregbar, unter Umständen auch unbeherrscht.

Einschränkend hierzu muß über die in 4 Fällen gefundene Kombination von FPI 1 / Nervosität - FPI 2 / Aggressivität - FPI 4 / Erregbarkeit - FPI N / Emot. Labilität mit Stanine-Werten zwischen 7 - 9 berichtet werden. In diesen 4 Fällen werden Reizbarkeit, Kontaktstörungen und die Neigung zu Grübeleien beschrieben. Zugleich werden vermehrt körperliche bzw. psychosomatische Allgemeinstörungen sowie starke körperliche Affektresonanz angegeben. Es wird ferner die Neigung zu spontanen Aggressionsakten, zu Impulsivität und Unbeherrschtheit eingeräumt. Geringe Frustrationstoleranz, Reizbarkeit und Neigung zu aufbrausenden Affekthandlungen kennzeichnen schließlich den hohen Wert auf der FPI 4 - Skala.

6b.) Elterliche Erziehungsziele

Die Erziehung der untersuchten Patienten erfolgte in 15 Fällen durch die Eltern, 1 mal durch Pflegeeltern und 2 mal durch Heimerzieher. In den genannten 15 Fällen oblag die Erziehungsleitung der leiblichen Mutter des Kindes bzw. Jugendlichen. Von hier aus rechtfertigt sich auch die gesonderte Erfassung von Persönlichkeitsvariablen der Kindesmutter.

Als wichtigste Erziehungsziele wurden in fallender Häufigkeit genannt:

Erziehung zu Ordentlichkeit	: 13 mal
Ehrlichkeit	: 5 mal
Selbständigkeit	: 3 mal
Zuverlässigkeit	: 2 mal
Leistungsfähigkeit	: 2 mal

Es fällt die starke Betonung des Punktes "Ordentlichkeit" auf, wohingegen die Erziehung zu Selbständigkeit augenscheinlich wesentlich seltener als bedeutsames Erziehungsziel gesehen wird.

b) Die kindlichen bzw. jugendlichen Ulcuspatienten

1. Alters- und Geschlechtsverteilung der Ulcuspatienten; Diagnosen

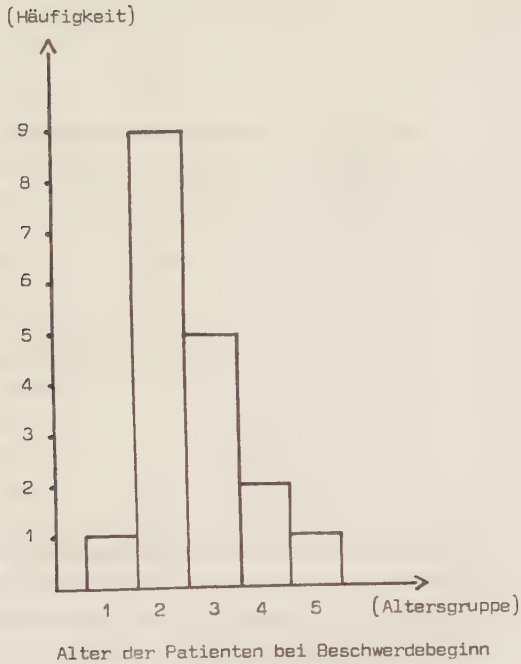
Die Altersverteilung der Patienten zum Zeitpunkt unserer Untersuchung ergibt das folgende Bild: In einem Fall lag das Alter bei 9,3 J., 5 Patienten gehörten der Altersgruppe 10,0 - 12,11, 3 der Altersgruppe 13,0 - 15,11 J. an, 9 waren in die Altersgruppe 16,0 - 18,11 J. einzuordnen. Dabei wurde das Alter von 18,0 J. nicht überschritten.

Die Geschlechterrelation der 18 Patienten ergibt ein Verhältnis von 11 : 7 zugunsten der Jungen. Das sich hier zeigende leichte Überwiegen des männlichen Geschlechtes wird nur zum Teil in der Literatur bestätigt. So findet Lassrich (1965) bei 112 Kindern ein Verhältnis von 5 : 3 zugunsten der Jungen. Karlström (1964) erfaßte bei 184 Kindern 66 % Jungen. Demgegenüber beschreiben beispielsweise Freund (1957) in einer Untersuchung an 13 Fällen und Girdany (1953) bei 45 Kranken ein leichtes Überwiegen der Mädchen. Lassrich (1955) weist auf sein Untersuchungsergebnis hin, in welchem bei Kindern im Alter bis zu 10 Jahren ein Überwiegen der Mädchen festzustellen waren. In der vorliegenden Untersuchung kann jedoch auch bei Beachtung des genannten Altersschnittes bezüglich des Beschwerdebegins lediglich eine Verteilung zugunsten der Jungen festgestellt werden.

Die Diagnose lautete in 14 Fällen auf *ulcus duodeni* und in 4 Fällen auf *ulcus ventriculi*. Diese Verteilung zeigt einen relativ hohen Anteil des *ulcus ventriculi* wie er etwa auch von Shima (1966) beschrieben wird, der bei 32 ulcuskranken Kindern 13 mal diese Diagnose registrierte. Riechers (1966) ermittelte in 25 %, Karlström (1964) in 14 % der Fälle und Lassrich (1965) bei 112 kindlichen Ulcuspatienten 14 mal ein *ulcus ventriculi*.

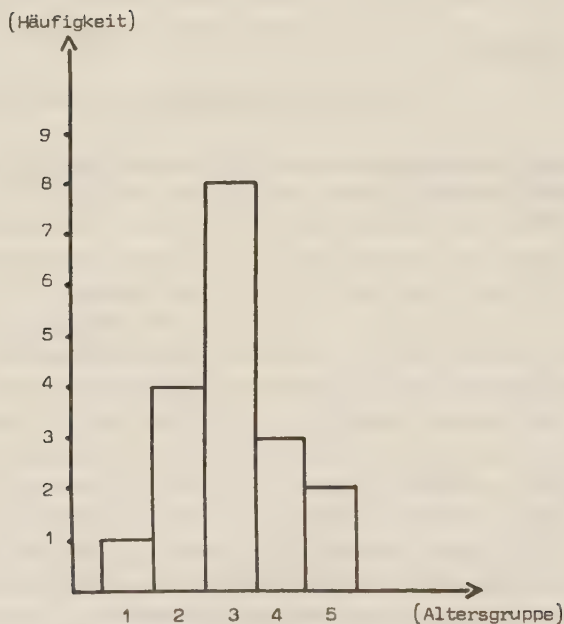
2. Anamnестische Angaben zur Ulcuskrankheit und zur sonstigen körperlichen Entwicklung der Patienten

Eine nach dem Beschwerdebeginn vorgenommene Differenzierung der Altersgruppen ergibt einen Häufigkeitsgipfel bei 7,0 - 9,11 Jahren.



(1 = 4-6,11 J., 2 = 7-9,11 J., 3 = 10-12,11 J., 4 = 13-15,11 J., 5 = 16-18,11 J.)

Die Ulcusdiagnose, welche in allen Fällen röntgenologisch gesichert wurde, wurde am häufigsten in der Altersgruppe 10,0 - 12,11 Jahren gestellt. Diese Verteilungen entsprechen Befunden, wie sie beispielsweise von Lassrich (1955), Dittrich (1956), Ramos (1960) und Goldberg (1957) dargestellt werden.



Alter der Patienten bei röntgenologischer Diagnosestellung

(1 = 4-6,11 J., 2 = 7-9,11 J., 3 = 10-12,11 J., 4 = 13-15,11 J., 5 = 16-18,11 J.)

Eine familiäre Belastung mit ulcera ventriculi bzw. duodeni ließ sich in 14 Fällen (77,78 %) nachweisen. In 2 Fällen lagen sichere Angaben nicht vor. Einen ähnlich hohen Nachweis familiärer Belastung erbringt die Untersuchung von Lassarich (1955) mit 80 %. Häufiger werden jedoch niedrigere Zahlen genannt (Shima 1966: 28,1 %, Karlström 64: 47 %, Lenz 1955: 50 %, Lachner 1963: 50 %). In seinen Forschungen an ein- und zweieiigen Zwillingen stellt Eberhard (1968) sogar die Hypothese auf, daß die erbliche Komponente der entscheidende Faktor bei der Ulcuserkrankung sei.

In allen Fällen war bisher lediglich eine konservative Therapie, überwiegend verbunden mit klinischem Aufenthalt, durchgeführt worden. Die Frage nach Beschwerdefreiheit bzw. Heilung konnte zum Zeitpunkt dieser Untersuchung von den Patienten nur 4 mal positiv beantwortet werden.

Bei Erhebung der sonstigen somatischen, medizinisch relevanten Anamnese fanden sich 5 mal Angaben über eine weitere schwere Erkrankung (d.h. es blieben leichte Erkältungskrankheiten sowie Kinderkrankheiten unberücksichtigt). In 4 Fällen hatten 2 weitere und in einem Fall 3 zusätzliche schwere Erkrankungen bestanden.

Als auffällig muß auch der Tatbestand gewertet werden, daß bei 11 Patienten (61,11 %) eine Appendektomie vorgenommen worden war.

Sonstige psychosomatische Störungen und neurotische Auffälligkeiten fanden sich in 17 Fällen. Es wurden (geordnet nach Häufigkeit) genannt:

Schwindel: 8 mal

Nägelknabbern nach dem 5. Lebensjahr: 8 mal

Kopfschmerzen: 5 mal

Schweißausbrüche/Hitzewallungen: 4 mal

Herzschmerzen/Herzstiche: 4 mal

Einschlafstörungen: 3 mal

Zittern: 3 mal

Kalte Extremitäten: 2 mal

Herzjagen: 1 mal

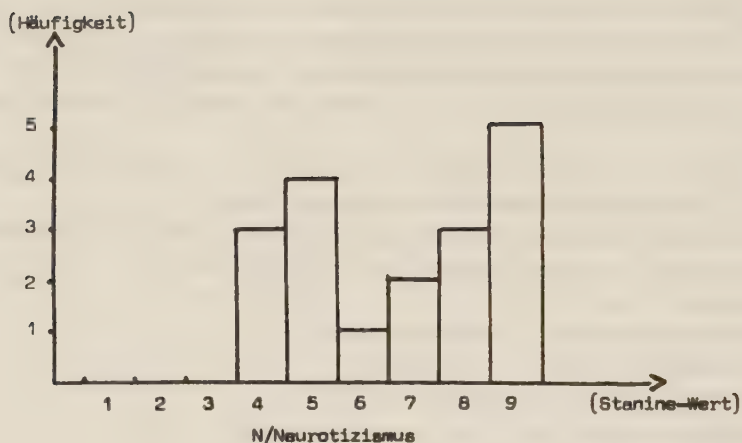
enuresis nocturna (nach dem 5. Lebensjahr): 1 mal

vorübergehende Sprachstörung: 1 mal

Die gefundene auffällige Häufung der genannten psychosomatischen Störungen in unserer Patientengruppe kann als Hinweis auf eine psychosomatische Labilität gewertet werden. Auch Freund (1956) oder Asperger (1959), der auf eine auffällige vegetative Stigmatisierung hinweist, fanden diesen Zusammenhang. Bei 5 untersuchten Kindern fand Asperger verstärkte Vasolabilität, starkes Schwitzen, vegetative Erscheinungen am Herzen und Hyperreflexie.

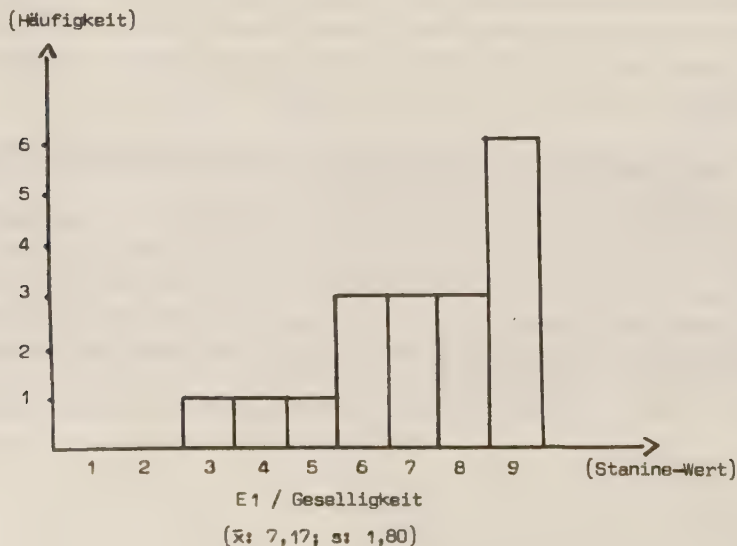
3. Selbsteinschätzung der Patienten bezüglich der Persönlichkeitsvariablen/ Neurotizismus und Extraversion (HANES)

Die Auswertung der in der "Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche" (HANES) und durch Abgleichung an den jeweiligen alters- und geschlechtsspezifischen Normierungstabellen erzielten Werte zeigt eine überdurchschnittliche Ausprägung des Neurotizismusfaktors in der untersuchten Patientengruppe. Die dargestellte Häufigkeitsverteilung weist einen Mittelwert ($\bar{x}$)

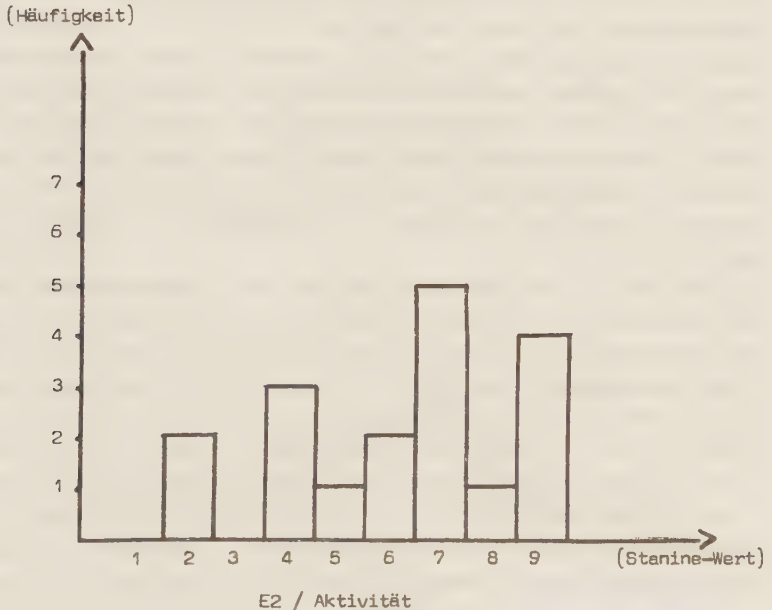


von 6.72 mit einer Standardabweichung (s) von 1.91 auf.

Die beiden Persönlichkeitsdimensionen "Extraversion-Introversion" beschreibenden Unterskalen E1/Geselligkeit



und E2/Aktivität weisen ebenfalls überdurchschnittliche bzw. im oberen Normbereich gelegene Mittelwerte auf.



Auf der in diesem Fragebogen mitgeführten Lügenskala errechnet sich ein Mittelwert von 3,44 mit einer Standardabweichung von 2,50, sodaß von hieraus keine Einschränkung der Interpretierbarkeit der Ergebnisse angenommen zu werden braucht. In den beiden Fällen, in denen Stanine-Werte überhalb von 6 ermittelt wurden, lagen die zugehörigen "Neurotizismus"-Werte zudem bei 5 bzw. 4. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den von Eysenck und Rachman mitgeteilten Untersuchungen, so ergeben sich nur eingeschränkte Entsprechungen. Den genannten Autoren war es, wie schon oben ausgeführt, daran gelegen, mit Hilfe der hier untersuchten beiden Persönlichkeitsdimensionen nicht nur den Neurotiker vom

Normalen zu unterscheiden, sondern auch innerhalb des Neurotizismus die introvertierte Neurose von der extravertierten zu trennen. Sie ermittelten auf diese Weise die "dysthymischen" Neurotiker, die vorwiegend durch einen Angstzustand gekennzeichnet seien, und stellten diesen die "psychopathischen" Neurotiker gegenüber, die durch Mangel an Gewissensbildung auffielen. In dieses Beziehungsgefüge des Neurotizismus ordneten Eysenck und Rachman auch die Psychosomatiker ein, wobei sie diese etwa in der Mitte zwischen den genannten Extremen postieren; dabei ergibt sich zumindest in neueren Arbeiten ein Überwiegen der Introversionskomponente. Die von uns untersuchte Population erreicht demgegenüber jedoch neben dem Überdurchschnittlichen Neurotizismuswert einen ebenfalls überdurchschnittlichen Extraversionswert. Dabei wird der Faktor "Geselligkeit" besonders betont. Dies entspricht dem weiter unten zu referierenden Ergebnis, das sich bei der Erhebung der entsprechenden Variablen im M-B-I ergab.

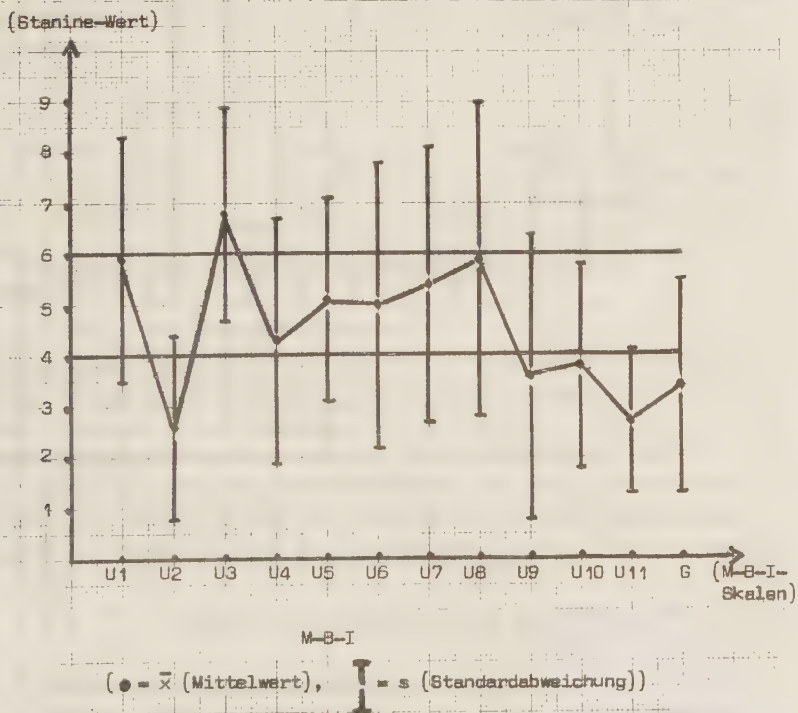
Bei Einschätzung dieses Befundes, dem sowohl das im Scenotest sehr häufig geschilderte Isolierungserleben der Patienten (siehe auch weiter unten) als auch die durchschnittliche elterliche Einschätzung der kindlichen Persönlichkeit nicht entsprechen, ist das Einwirken eines häufig bei Fragebogenerhebungen zu diskutierenden Faktors in besonderer Weise zu beachten. Es handelt sich um die Tendenz des Pbn, im Sinne sozialer Erwünschtheit zu antworten. In unserer Untersuchung kann dies spezieller gefaßt werden. Bei der Erhebung der Persönlichkeitsvariablen der die Erziehung der untersuchten Patienten leitenden Mütter ergab sich eine starke Betonung von Geselligkeit, Kontaktsuche und aktiver Ungezwungenheit, wie oben berichtet wurde. Bei dem ebenfalls bereits referierten Ergebnis der starken Anlehnungstendenzen der Patienten an die Mutter ist es nicht auszuschließen, daß die befragten Kinder und Jugendlichen in einem Imitationsbedürfnis die geschilderte Selbsteinschätzung vornahmen.

4. Einschätzung von relevanten Umweltbereichen durch die Patienten

4a.) Ergebnisse aus dem M-B-I

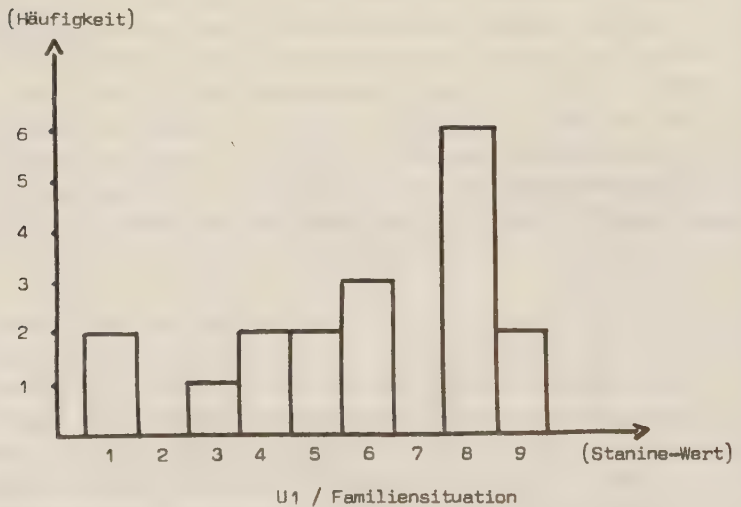
Bei der statistischen Auswertung der im Mannheimer Biographischen Inventar (M-B-I) ermittelten Ergebnisse, die wiederum den Vergleich mit alters- und geschlechtsspezifischen Normwerten einschloß, fanden sich bei einer Anzahl von Kategorien bedeutsame Abweichungen. Von hier aus lassen sich Hinweise auf das Vorliegen spezifischer Umwelteinwirkungen ableiten, die die untersuchte Gruppe akzentuiert.

In einer Zusammenstellung aller erzielten Mittelwerte dieses aus 11 Skalen bestehenden Fragebogens werden die vom Normbereich (SN 4-6) abweichenden Ergebnisse deutlich. Nur diese werden im Folgenden auch einzeln erläutert.



U1/Familiensituation:

Der hier erreichte Mittelwert $\bar{x}$: 5,94, s: 2,48 liegt im oberen Normbereich.

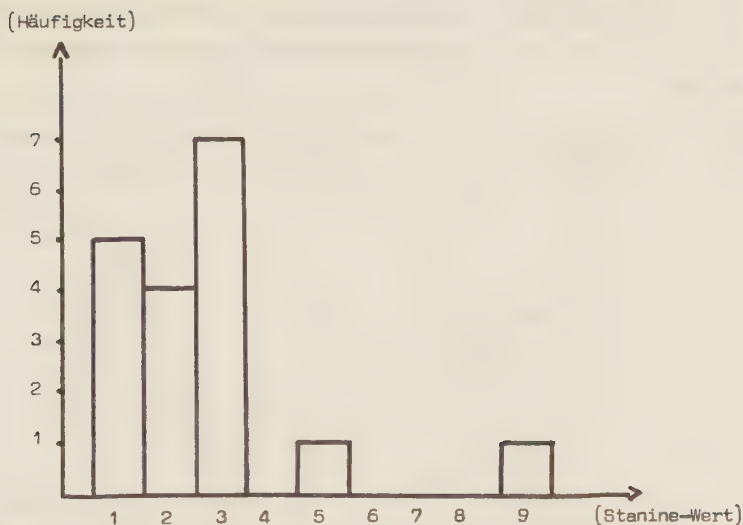


In 8 Fällen wurden deutlich bzw. weit überdurchschnittliche Werte erzielt. Demnach wird von seiten der untersuchten Patientengruppe eine stärker positiv fördernde Unterstützung durch Eltern und familiäre Situation beschrieben, als dies von entsprechenden Vergleichsgruppen angegeben wird.

U2/Lebensgewohnheiten und Entwicklung von Interessen:

$\bar{x}$: 2,67, s: 1,86

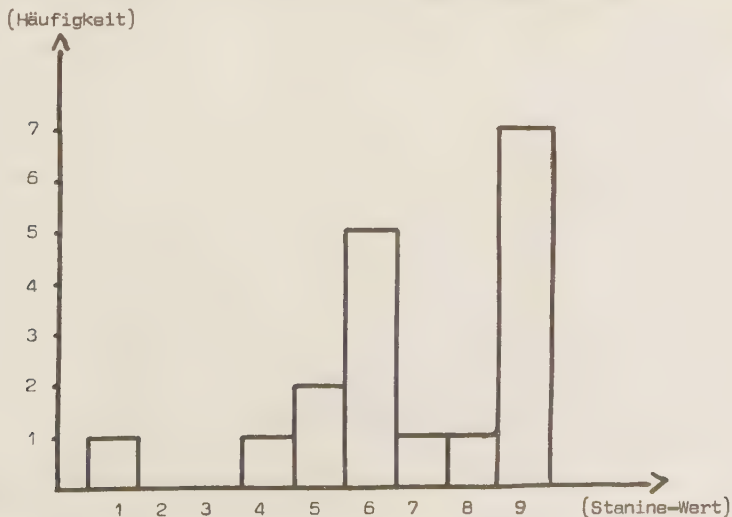
Die Pbn beschreiben sich als wenig eigenständig und im Verhältnis zu den entsprechenden Vergleichsgruppen als unselbständig.



U2 / Lebensgewohnheiten und Entwicklung von Interessen

U3/Kontaktverhalten und soziale Aktivitäten:

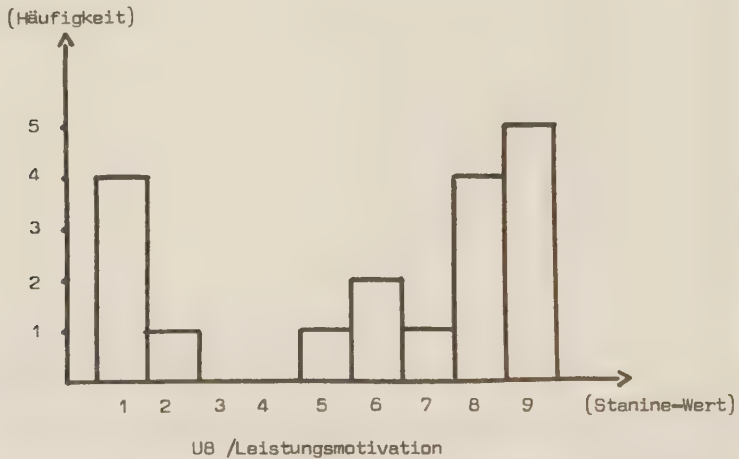
$\bar{x}$: 6,83; s: 2,19. Hier wird seitens der Patientengruppe eine im Vergleich zur Normpopulation erhöhte Einschätzung der eigenen sozialen Bedeutung und des persönlichen Einflusses in der Gemeinschaft vorgenommen.



U3 / Kontaktverhalten und soziale Aktivitäten

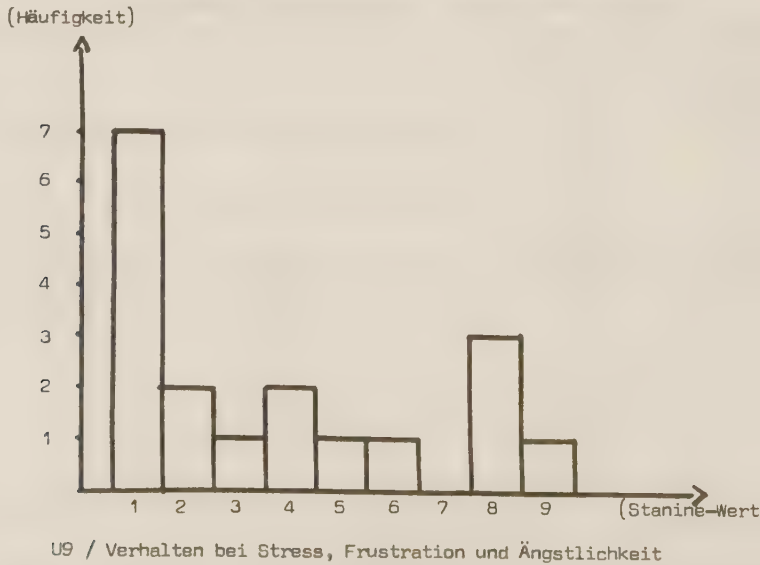
U8/Leistungsmotivation:

$\bar{x}$: 5,94; s: 3,15. Das im oberen Normbereich liegende Ergebnis innerhalb dieser Skala gibt einen Hinweis auf die überwiegende Betonung des persönlichen Ehrgeizes.



U9/Verhalten bei Stress, Frustration und Ängstlichkeit:

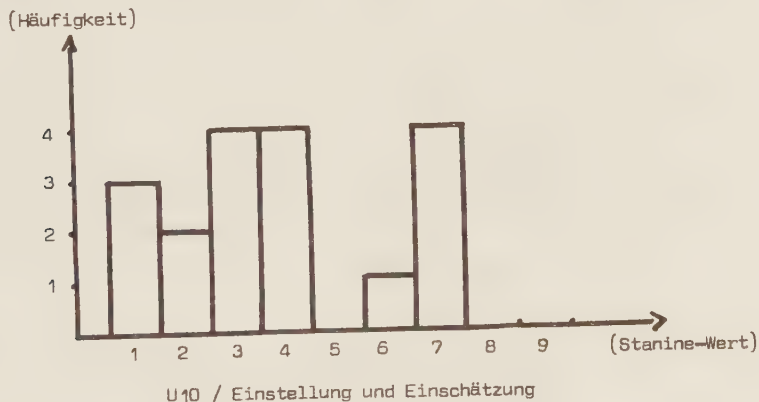
Bereits jenseits des an der Normpopulation orientierten unteren Bereiches



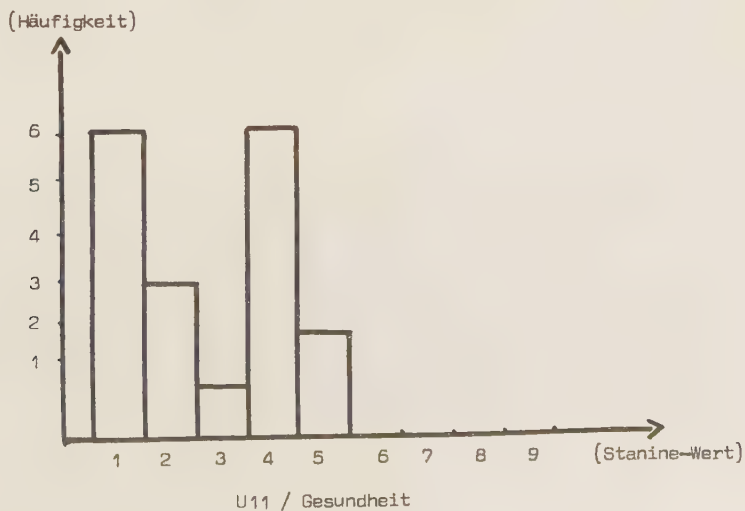
befindet sich der hier ermittelte Wert: $\bar{x}$: 3,67; s: 2,87. Demnach wird von den untersuchten Ulcuspatienten eine eher geringe Frustrationstoleranz angegeben.

U10/ Einstellung und Einschätzung:

$\bar{x}$: 3,83; s: 2,09. Auch in der Darstellung der eigenen Person werden die Werte der Vergleichsgruppe nicht erreicht.



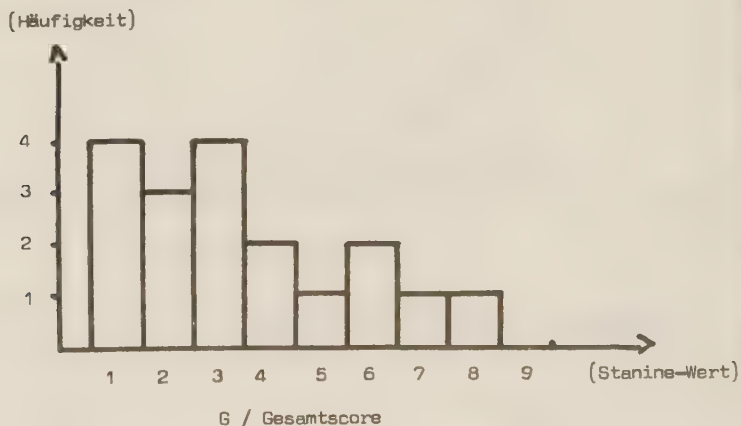
U11/Gesundheit, körperliches Empfinden:



$\bar{x}$: 2,72; s: 1,49. Das Ergebnis spricht für eine deutlich unterhalb der Norm gelegene Einschätzung der eigenen körperlichen Fitness.

G/Gesamt:

Aus dem sich bei additiven Gesamtwert ergebenden Mittelwert $\bar{x}$: 3,44; s: 2,11, der sich im wesentlichen aus den niedrigen Werten in den Skalen U2, U9, U10 und U11 errechnet, kann für die Mehrzahl der Untersuchten eher ein Deprivationserleben angenommen werden.



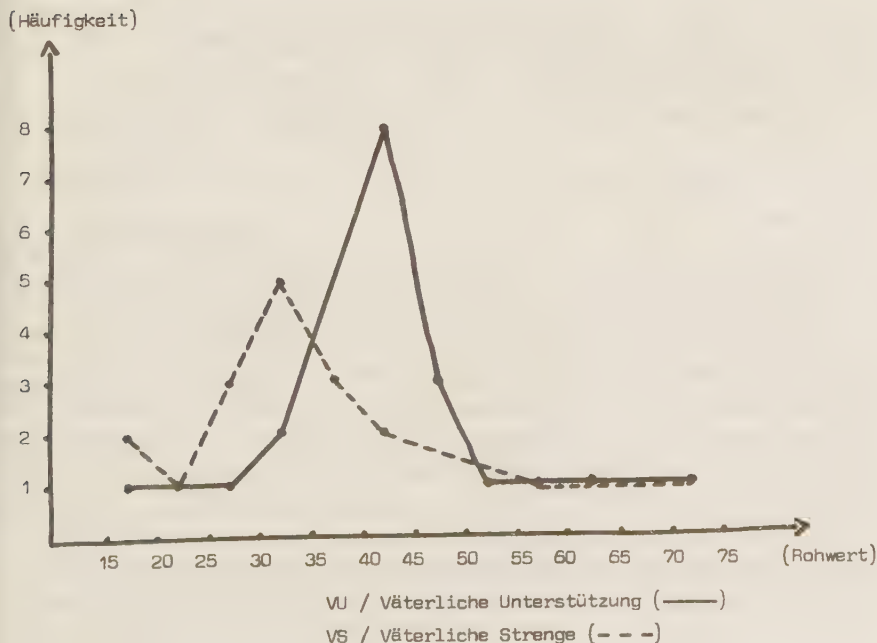
4b.) Ergebnisse bei der Auswertung des Szenotestes

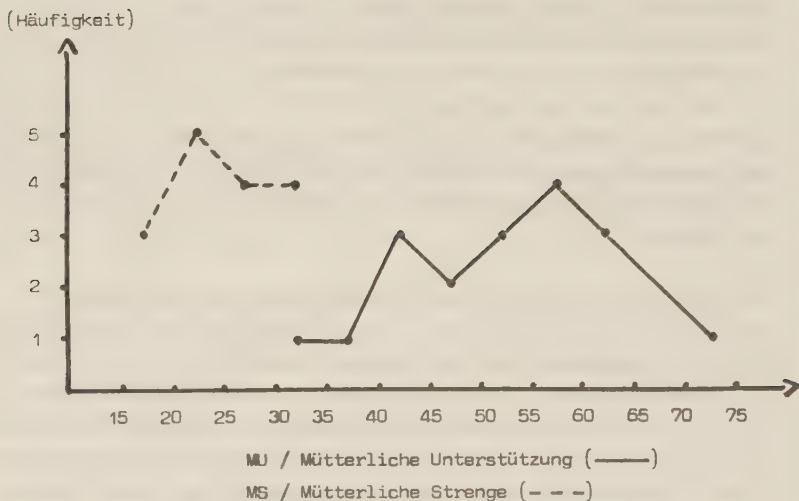
Die Anwendung dieses projektiven Testverfahrens geschah in der Absicht, eventuelle Auffälligkeiten im Umwelterleben des kindlichen bzw. jugendlichen Patienten sichtbar werden zu lassen. Dabei sollte die Interpretation der Testergebnisse, die sich auf die entsprechenden Angaben von G. von Staabs stützen, jedoch nur im Zusammenhang mit der Würdigung des Einzelfalles erfolgen. Eine zusammenfassende Darstellung gestattet daher lediglich Hinweise auf das mehrfache Auftreten gleicher, auffälliger Gestaltungselemente.

So wurde in 10 Fällen der meist andere Tiere belauernde Fuchs, häufig zugleich auch der bössartige Gantter in das Spiel hineingenommen. Folgt man den Interpretationshinweisen der Testautorin, so repräsentiert sich hier orale Bedrohung, die als von außen her andrängend erlebt wird. Hinweise auf Isolierungserleben (Fehlen von Puppenfiguren, Hereinnehmen nur einer Puppe, getrennte Position von Puppen bzw. Gruppen derselben, mehrfache Umzäunungen) ergaben sich in 12 Fällen. Eine auf Leistungsproblematik hindeutendes Trainingsthema wurde dreimal gewählt.

5. Einschätzung des elterlichen Erziehungsstils durch die Patienten

Der graphischen Darstellung der in diesen Fragebogen ermittelten Ergebnisse liegt, wie oben ausgeführt, die Verarbeitung der Rohpunktwerte eines 5fachen Antwortmodus zugrunde. Auf diese Weise wird ein Vergleich mit Ergebnissen möglich, die bei der Testdurchführung mit größeren Populationen bereits ermittelt wurden. Obwohl dieses Verfahren noch nicht an Normpopulationen standardisiert wurde, kann auf diese Weise eine vergleichende Interpretation erfolgen.





Es standen 3 untersuchte Stichproben zu einem Ergebnisvergleich zur Verfügung:

1. Stichprobe (Stapf et al.): N = 345 Jungen, 10-14 Jahre
2. Stichprobe (Stapf et al.): N = 454 Jungen, 10-14 Jahre
3. Stichprobe (Vogl/Schmitz): N = 92 Jungen, 11-13 Jahre

Danach wird folgende Gegenüberstellung unter Einbeziehung der von uns gewonnenen Ergebnisse möglich:

	1.) N = 345	2.) N = 454	3.) N = 92	4.) N = (eig. U.)
VS	$\bar{x}$: 35,20 s: 10,25	$\bar{x}$: 35,17 s: 9,21	$\bar{x}$: 28,23	$\bar{x}$: 34,33 s: 12,64
VU	$\bar{x}$: 52,13 s: 10,48	$\bar{x}$: 51,91 s: 10,66	$\bar{x}$: 49,18	$\bar{x}$: 43,56 s: 11,91
MS	$\bar{x}$: 32,30 s: 9,55	$\bar{x}$: 31,22 s: 8,63	$\bar{x}$: 28,09	$\bar{x}$: 27,89 s: 10,14
MU	$\bar{x}$: 53,70 s: 8,70	$\bar{x}$: 53,46 s: 8,60	$\bar{x}$: 49,47	$\bar{x}$: 52,33 s: 9,52

Vogl. u. Schmitz (1974), die ihre Untersuchung in Berlin durchführten, ermittelten im Vergleich zu den in Marburg und Kleve von Stapf et al. (1972) gemachten Erhebungen deutlich niedrigere Werte. Dabei weisen sie bezüglich der

Strengeeinschätzung auf einen möglichen Einfluß der in den letzten Jahren verstärkt propagierten "Anti-autoritären Erziehung" hin, welche sich eher in der Großstadt bemerkbar gemacht haben könnte. Bei der Bewertung der im Vergleich zu Stapf et al. niedrigeren Werte auf den Unterstützungsskalen vermuten die Untersucher eine andersartige Einschätzung der vorgelegten Fragen durch die Pbn., welche eine sehr starke Unterstützung durch die Eltern für ihre vermeintliche Erwachsenenrolle als nicht angemessen empfunden hätten.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung entsprechen in der Einschätzung väterlicher Strenge und mütterlicher Unterstützung eher denen von Stapf et al., während mütterliche Strenge und väterliche Unterstützung ähnlich den Befunden von Vogl und Schmitz bewertet werden.

Das auffälligste Ergebnis stellt somit der im Verhältnis zu allen anderen Vergleichsgruppen niedrigste Punktescore bei Einschätzung der väterlichen Unterstützung dar, der mit einer relativ hohen Bewertung auf der Strenge skala korreliert. Dies entspricht dem während der Exploration häufiger gefundenen Wunsch der kindlichen bzw. jugendlichen Patienten nach verstärkter Zuwendung des Vaters.

Der auch im Vergleich zu den übrigen Stichproben niedrige Wert auf der mütterlichen Strenge skala, dem der relativ hohe Punktescore auf der Unterstützungsskala gegenübersteht, kann in Zusammenhang mit der Tatsache gewertet werden, daß in allen Fällen elterlicher Erziehung die Mutter als der die Erziehung leitende Elternteil angegeben wurde.

B) KORRELATIONEN

Außer der zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse, die bei der Erhebung der einzelnen Variablen ermittelt wurden, wird im Folgenden über auffällige Zusammenhänge zwischen diesen Variablen berichtet, insoweit diese mit statistischer Signifikanz nachweisbar waren. Die geringe Fallzahl erforderte die Verwendung besonderer Prüfverfahren, welche den folgenden Ausführungen zugrunde liegen. Es wurden lediglich Korrelationen berücksichtigt, die eine statistische Sicherheit von 95 % ($p \leq 0,05$) bzw. von 99 % ($p \leq 0,01$) aufweisen. Es wird außerdem auf Extremkombinationen hingewiesen, wo diese von Interesse sind.

Eine erste Gruppe bedeutsamer Paar- bzw. Mehrfachkorrelationen ergab sich unter den Variablen, die die Einschätzung der Persönlichkeit des Kindes durch

die Eltern bzw. die Mutter betreffen:

- Auffälligkeiten in der frühen körperlichen Entwicklung - stilles Kind-
Anlehnungsbedürfnis an die Mutter - Sensibilität -

Es findet sich ein positiver Zusammenhang mit 95 % statistischer Sicherheit
($p < 0,05$).

- Anlehnungsbedürfnis an die Mutter - stilles Kind - Gehorsam - Sensibilität -
Positiver Zusammenhang ($p < 0,05$). Die gemeinsame höchste Merkmalsausprägung lag
6 mal vor.

- Anlehnungsbedürfnis an die Mutter - Gehorsam - Sensibilität -
Positiver Zusammenhang ($p < 0,01$). In 14 Fällen fand sich eine gemeinsame Merk-
malsausprägung auf dem mittleren oder oberen Skalenwert. 8 mal wurden die
höchsten Werte gemeinsam angegeben. Die kombinierte Angabe der höchsten Werte
bei diesen 3 Variablen mit dem niedrigsten Wert bei dem Merkmal "Selbständi-
keit" lag 6 mal vor.

- Anlehnungsbedürfnis an die Mutter - Widerstand in Versagungssituationen -
In 5 Fällen wurde eine sehr starke Ausprägung der Variablen "Anlehnung. a. d.
M." zusammen mit sehr geringer Ausprägung des zweiten Merkmals angegeben.

- Grundstimmung - Sensibilität -
Positiver Zusammenhang ($p < 0,01$). In 8 Fällen fand sich eine gemeinsame Merk-
malsausprägung auf dem mittleren bzw. oberen Skalenwert.

Innerhalb der M-B-I-Skalen fanden sich die folgenden bedeutsamen Korrelationen:
Es seien zunächst die mit dem Gesamtscore des Testes zusammenhängenden Bezie-
hungen wiedergegeben. Bezüglich G/Gesamt fanden sich 11 Fälle, in denen SN 3
oder weniger, 7 Fälle, in denen SN 2 oder weniger erreicht wurden.

Dabei korreliert G/Gesamt positiv ($p < 0,01$) mit

- U2/Lebensgewohnheiten...
- U3/Kontaktverhalten...
- U4/Schulische Situation
- U5/Arbeitsverhalten
- U7/Durchsetzungsvermögen ($p < 0,05$)
- U9/Verhalten bei Streß...
- U10/Einstellung und Einschätzung

Weiterhin fanden sich folgende Extremkombinationen:

- U1/Familiensituation (SN 8 od. 9) mit U2/Lebensgewohnheiten... (SN 3 oder
weniger) : 8 Fälle

- U2/Lebensgewohnheiten... (SN 1 - 3) mit U3/Kontaktverhalten... (SN 7 - 9) : 6 Fälle
- U1/Familiensituation (SN 7 - 9) mit U8/Leistungsmotivation (SN 7 - 9) und U9/Verhalten bei Streß... (SN 1 - 3) : 6 Fälle
- U2/Lebensgewohnheiten... (SN 1 - 3) mit U8/Leistungsmotivation (SN 7 - 9) : 8 Fälle
- U2/Lebensgewohnheiten... (SN 1 - 3) mit U8/Leistungsmotivation (SN 7 - 9) und U9/Verhalten bei Streß... (SN 1 - 3) : 5 Fälle
- U2/Lebensgewohnheiten... (SN 1 - 3) mit G/Gesamt (SN 1 - 3) : 11 Fälle
- U9/Verhalten bei Streß... (SN 1 - 3) mit U10/Einstellung und Einschätzung (SN 1 - 3) : 6 Fälle
- U10/Einstellung und Einschätzung (SN 1 - 3) mit U11/Gesundheit... (SN 1 - 3) : 7 Fälle
- U9/Verhalten bei Streß... (SN 1 - 3) mit U10/Einstellung und Einschätzung (SN 1 - 3) und U11/Gesundheit... (SN 1 - 3) : 5 Fälle
- U8/Leistungsmotivation (SN 7 - 8) mit U9/Verhalten bei Streß (SN 1 - 3) : 5 Fälle

Weitere korrelative Zusammenhänge:

- Anlehnungsbedürfnis an die Mutter - Gehorsam - U6/Kreatives Verhalten -
Die beiden ersten in ihrer wechselseitigen Beziehung bereits dargestellten Variablen (positive Korrelation, $p < 0,05$) stehen in negativer Beziehung zu U6 ($p < 0,05$). Bei niedriger Selbsteinschätzung von "Kreatives Verhalten" (7 mal wurden SN 1 - 3 erreicht) erfolgte also eine hohe Wertung bei den beiden anderen Variablen.
- U2/Lebensgewohnheiten... - U3/Kontaktverhalten... - U4/Schulische Situation - G/Gesamt - Sensibilität -
Positiver Zusammenhang von U2, U3, U4 und G sowie negative Korrelation dieser 4 Variablen mit "Sensibilität" ($p < 0,05$). D.h. bei Angabe hoher Sensibilität erfolgten relativ niedrige Einstufungen bei den übrigen Merkmalen. Die höchste Einschätzung bei "Sensibilität" lag 12 mal vor. In 11 Fällen war der höchste Wert bei "Sensibilität" mit SN 1 - 3 bei U2/Lebensgewohnheiten kombiniert.
Weiterhin ist daran zu erinnern, daß in 7 Fällen Stanine-Werte von 2 und weniger beim Gesamtscore G des M-B-I ermittelt wurden.

- N/Neurotizismus - G/Gesamt -

Negative Korrelation ($p < 0,05$). Eine Kombination von Stanine-Werten zwischen 7 und 9 bei N mit solchen von 1 - 3 bei dem Gesamtscore des M-B-I wurde 8 mal festgestellt.

- N/Neurotizismus - U10/Einstellung und Einschätzung -

Negativer Zusammenhang ($p < 0,01$). Die Kombination von N (SN 7 - 9) mit U10 (SN 1 - 3) fand sich 8 mal.

- N/Neurotizismus - starke Leistungsveränderung - U5/Arbeitsverhalten -

Negative Beziehung außer einem positiven Zusammenhang zwischen N und "starke Leistungsveränderung" ($p < 0,05$).

In 4 Fällen lag die Kombination von Extremwerten vor. In 5 Fällen ergaben sich SN-Werte von 8 oder 9 bei N zusammen mit der Angabe starker Leistungsveränderungen.

- E1/Geselligkeit - U3/Kontaktverhalten... -

Positiver Zusammenhang ($p < 0,01$). In 9 Fällen lag die Kombination beider Variablen bei SN-Werten von 7 - 9 vor.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden 18 Patienten mit einem primären, chronischen Ulcus im Alter von 9,3 - 18,0 Jahren bei einem Geschlechtsverhältnis von 11 : 7 zugunsten der Jungen untersucht. Nachdem zunächst die Einzelfälle ausführlich dargestellt wurden, erfolgte eine statistische Betrachtung.

In 14 Fällen war ein ulcus duodeni diagnostiziert worden. In 4 Fällen bestand ein ulcus ventriculi. Der Altersgipfel des Beschwerdebeginns lag zwischen 7,0 - 9,11 Jahren, die röntgenologische Ulcusdiagnose wurde am häufigsten zwischen 10,0 - 12,11 Jahren gestellt.

Eine familiäre Belastung ließ sich in 14 Fällen (77,78 %) nachweisen. Sonstige psychosomatische Störungen fanden sich in 17 Fällen (94,44 %).

Die von den Eltern bzw. Müttern mit Hilfe eines standardisierten Interviews vorgenommene Persönlichkeitseinschätzung ihrer Kinder ergab ein starkes Anlehnungsbedürfnis an die Mutter, welches in 11 von 16 Fällen (zwei Heimkinder blieben hier unberücksichtigt) genauso oft wie eine starke Gehorsamshaltung beschrieben wurde. Bei ernsthaften Widerständen in Versagungssituationen reagieren die Patienten nach Meinung ihrer Eltern überwiegend mit Rückzugstendenzen. Die Grundstimmung ihrer vorwiegend als sehr sensibel und ängstlich erlebten Kinder bezeichnen die meisten Eltern als "ernst" oder sogar "bedrückt". In 10 Fällen erfolgte die Angabe "stilles Kind".

Bezüglich der Geschwisterbeziehung wurde das Bestehen starker Konflikte 9 mal angegeben, wobei nur 14 der Untersuchten Geschwister haben. Der dem Patienten seitens der Eltern zuerkannte Rang unter seinen Geschwistern wurde in 7 Fällen mit "1. Rang" bezeichnet, obwohl die Untersuchten nur in 3 Fällen die ältesten Kinder innerhalb der Geschwisterreihe sind. Ein ausreichendes Durchsetzungsvermögen bei Streitigkeiten mit den Geschwisterkindern wurde in keinem Fall beschrieben.

Bezüglich der schulischen Situation erleben die befragten Eltern ihre Kinder überwiegend als leistungsehrgeizig; zugleich wurden 10 mal Konzentrationsschwierigkeiten angegeben. Hinweise auf das Vorliegen verstärkter Leistungsanforderungen ließen sich bei über 50 % der Untersuchten finden.

Die Fähigkeit zur sozialen Kontaktgewinnung wurde seitens der Erziehenden nur in wenigen Fällen (4 mal) als gut eingeschätzt.

Bei der Ermittlung von objektiven Umweltgegebenheiten, die entsprechend unserer

Fragestellung als besonders belastend zu werten waren, ergab sich das Vorliegen einer durch uneheliche Geburt, Ehescheidung der Eltern oder durch den Tod eines Elternteils gekennzeichneten "Broken-Home"-Situation in 10 Fällen (55,60 %). Weiterhin wurde in 12 Fällen eine Berufstätigkeit der Mutter registriert, wobei 10 mal ganztägige Berufsverpflichtung angegeben wurde, die in 6 Fällen vor dem 7. Lebensjahr des Kindes aufgenommen worden war.

Bei der mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeitsinventars vorgenommenen Persönlichkeitseinschätzung der die Erziehung der Patienten hauptsächlich leitenden Mütter ergab sich eine Akzentuierung der Dimension "Extraversion", in die Geselligkeit, Kontaktfreudigkeit, Aktivität und auch Impulsivität eingehen. Hier von war der in 4 Fällen ermittelte Befund stärkerer emotionaler Labilität abzugrenzen.

Die hauptsächlichlichen Erziehungsziele der Eltern wurden mit "Erziehung zu Ordentlichkeit und Ehrlichkeit" angegeben.

Die von uns an Hand eines objektiven Testverfahrens ermittelte Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen "Neurotizismus" und "Extraversion - Introversion" bei der untersuchten Patientengruppe erbrachte im Vergleich zu Normgruppen überdurchschnittliche Ergebnisse. Damit wird eine Tendenz zu emotionaler Labilität deutlich. Die untersuchten kindlichen bzw. jugendlichen Ulcuskranken beschrieben sich eher als launisch, empfindlich, ängstlich, unruhig, leicht erregbar und auch als körperlich wenig widerstandsfähig. Letzteres bestätigt auch das Ergebnis des entsprechenden Untertestes des vorgelegten Mannheimer Biographischen Inventars (M-B-I).

Auffällig war andererseits eine im Vergleich zu Normpopulationen sich zeigende überdurchschnittliche Ausprägung des Extraversionsfaktors, der die Tendenz zu Aktivität und Geselligkeit andeutet, wobei bei Bewertung entsprechender Skalen des M-B-I auch die Einschätzung der eigenen sozialen Bedeutung und des persönlichen Einflusses durchaus überdurchschnittlich ausfiel. Dieser Befund widerspricht somit der entsprechenden Persönlichkeitsbeurteilung durch die Eltern; zugleich muß ihm auch das im Scenenspiel häufig gezeigte Isolierungserleben entgegengestellt werden. Bei Erhebung dieser Persönlichkeitsvariablen ist daher das stärkere Einwirken von Wunsch- bzw. Imitationshaltungen nicht auszuschließen.

Bei der Bestimmung von für den Patienten relevanten Umweltbereichen mit Hilfe der Testskalen des M-B-I ergab sich jedoch ein deutlich unterdurchschnittliches Gesamtergebnis, das auf ein überwiegendes Deprivationserleben hindeutet.

Dabei fiel vor allem die Selbstbeschreibung geringer Selbständigkeit und Ichdarstellung bei durchaus hoher Selbsteinschätzung des persönlichen Ehrgeizes auf. Seitens der Familiensituation scheint dabei positiv fördernde Unterstützung erlebt zu werden. Dieses Ergebnis wird durch Hinzuziehung der beantworteten Skalen zur Einschätzung des elterlichen Erziehungsstiles durch die Kinder bzw. Jugendlichen noch dahingehend spezifiziert, als sie vor allem die Mutter als den unterstützenden Elternteil beschreiben, während der Vater als strenger und weniger unterstützend erlebt wird. Auch im Vergleich mit anderen bezüglich dieser Variablen untersuchten Gruppen imponierte die deutlich niedrige Einschätzung der väterlichen Unterstützung.

Die mitgeteilten Ergebnisse werden neben der Betrachtung der univariaten Verteilungen im wesentlichen auch im multivariaten Zusammenhang deutlich.

In der untersuchten Patientengruppe ließ sich somit ein seitens der Eltern bzw. der Mutter deutlich erlebtes Anlehnungsbedürfnis bzw. die Forderung des Kindes nach vermehrter Zuwendung aufweisen. Hierbei entsprach auch die Selbsteinschätzung des ulcuskranken Kindes bzw. Jugendlichen als selbstunsicher und wenig eigenständig dem elterlichen Urteil. Die nach Meinung der Eltern bei ernsthaftem Widerstand vorwiegend gezeigten Rückzugstendenzen sowie das mangelhafte Durchsetzungsvermögen bei den häufig beschriebenen starken Konflikten mit den meist älteren Geschwistern schließen an diesen Befund an.

Von hier aus kann zumindest tendenziell der von Alexander aufgestellten und in der weiteren psychosomatischen Literatur wiederholt vertretenen Hypothese entsprochen werden, wonach der Wunsch, in infantiler Abhängigkeit zu verbleiben, für den Ulcuskranken kennzeichnend ist.

Bei der Persönlichkeitsbeschreibung der Kinder bzw. Jugendlichen fiel die Akzentuierung hoher emotionaler Labilität (N) auf. Mit der elterlichen Schilderung großer Sensibilität, Ängstlichkeit, Zurückgezogenheit sowie großen Ernstes ihrer Kinder stimmt die Selbsteinschätzung der Patienten, die starke Insuffizienzgefühle verbunden mit sozialer Empfindlichkeit und Verletzbarkeit beschreiben, überein. Dem mitgeteilten Befund großen Leistungsehrgeizes der Patienten, welcher mit den Ergebnissen einer Vielzahl entsprechender Untersuchungen übereinstimmt, stehen im Vergleich zu Normpopulationen mangelhaftes körperliches Fitnessempfinden sowie verminderte Belastbarkeit in Stresssituationen gegenüber. Diese Befunde sprechen für das Vorliegen psychischer Morbidität.

Spezifische Hinweise darauf, daß die Ulcuskranken subjektiv Belastungssituationen erleben, die aus der Nichterfüllung bzw. einer nur mangelhaften Entsprechung

der genannten Zuwendungs- und Unterstützungserwartungen gegenüber der für sie relevanten Umwelt resultieren, können nur sehr eingeschränkt aus unseren Ergebnissen abgeleitet werden. Hierzu kann einmal das in entsprechenden Testresultaten akzentuierte Deprivationserleben der Pbn bezüglich der Umwelt herangezogen werden. Zum anderen ist auf die in 10 Fällen vorliegende "Broken Home"-Situation zu verweisen. Von den Patienten wird die familiäre Situation überwiegend als positiv fördernd eingeschätzt, wobei die Unterstützungsleistung seitens der Mutter im Vordergrund steht. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, daß bei Schilderung dieses Unterstützungserlebens durch den Patienten bei Beantwortung der entsprechenden Frageskalen auch die häufig in den biographischen Berichten mitgeteilte vermehrte Leistungsanforderung miteinfaßt wurde.

Im Zusammenhang mit der sich damit nochmals zeigenden Betonung der mütterlichen Position ist an den hohen Prozentsatz der Berufstätigkeit der untersuchten Mütter zu erinnern. Ferner ergab sich in der Persönlichkeitsbeschreibung der Mütter keine Entsprechung zu der bei den Kindern bzw. Jugendlichen gefundenen hohen emotionalen Labilität. Vielmehr fiel hier die Schilderung von Aktivität, Ruhe und Durchsetzungsvermögen auf.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- Alexander, F.: Psychosomatische Medizin, Übersetzung der amerikanischen Originalausgabe von 1950, de Gruyter, Berlin (1951)
- Alexander, F.K.: Peptic Ulcer in Children, in: Archives of Surgery 70, S. 935 (1955)
- Asperger, H.: Ulcus pepticum im Schulkindalter, in: Neue österr. Zschr.f.Kinderheilkunde 4, S. 95 (1959)
- Aye, R.C.: Peptic Ulcers in Children, in: Radiology 6ü, S. 32 (1953)
- Béraud, C.,
Deffrenne, P. et
Pernod, J.: Schwierigkeiten der röntgenologischen Diagnostik d. Magen-Darmulcera bei Kindern, in: J. Radiol. Electrol. 49, S. 785 (1968)
- Biermann, G.: Psychosomatische Krankheitsbilder im Jugendalter, in: Praxis der Kinderpsychologie u. Kinderpsychiatrie 10, S. 207 (1961)
- Buggle, F. und
Baumgärtel, F.: Hamburger Neurotizismus- und Extraversionsskalen für Kinder und Jugendliche HANES, KJ, Handanweisung für die Durchführung und Auswertung, Verlag f. Psychologie, Dr.C.J.Hogrefe, Göttingen (1972)
- Chapman, A.H. und
Young, J.B.: Psychosomatic study of 5 children with duodenal ulcer, in: J. Paediatr. 48, S. 248 (1956)
- Cremerius, J.: Zur Dynamik des Krankenhausaufenthaltes von Ulcuskranken, in: Zschr. f. psychosomat. Medizin 17, S. 282 (1971)
- Dittrich, J.K. und
Schorr, R.: Klinisches Bild u. Verlauf d. Ulcuskrankheit im Kindesalter, in: Ärztliche Wochenschr. 11, S. 835 (1956)
- Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, 7. Aufl. Verlag f. medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen (1969)
- Dunbar, F.: Deine Seele Dein Körper, aus dem Amerikanischen übertragen auf Grund der 7. Auflage, Das Goldene Vlies, Frankfurt/M. (1955)

- Eberhard, G.: Peptic Ulcer in Twins. A Study in Personality, Heredity, and Environment, Munksgaard, Copenhagen (1968)
- Eysenck, H.J. und Rachman, S.: The Causes and Cures of Neurosis, Routledge & Paul, London (1965)
- Fahrenberg, J., Selg, H. und Hampel, R.: Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI, Handanweisung, Verlag f. Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen (1970)
- Freund, J.: Zur Ulcuskrankheit im Kindesalter, in: Monatsschr. f. Kinderheilkunde 105, S. 38 (1957)
- Girdany, B. R.: Peptic Ulcer in Childhood, in: Pediatrics 12, S. 56 (1953)
- Glatzel, H.: Ulcuspersönlichkeit und Ulcuserlebnis, in: Erg. inn. Med. 65, S. 504 (1945)
- Glatzel, H.: Zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit, in: Zschr. f. psychosom. Medizin 1, S. 11 (1954/55)
- Goldberg, H. M.: Duodenal Ulcers in Children, in: British Medical J., 29, S. 1500 (1957)
- Gray, J.A.: Angst und Stress, Kindler, München (1971)
- Habbick, B. F., Melrose, A. G. und Grant, J. C.: Duodenal ulcer in childhood, in: Arch. Dis. Childh. 43, S. 23 (1968)
- Hagspihl, K.: Das Besitzproblem im auslösenden Konflikt bei Magen-Darmerkrankungen, in: Zschr. f. psycho-somat. Medizin 1, S. 21 (1954/55)
- Hartmann, G.: Das Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür im Kindesalter und bei Jugendlichen, in: Bruns Beitr. klin. Chir. 206, S. 324 (1963)
- Højer-Pedersen, W.: On the Significance of Psychic Factors in the Development of Peptic Ulcer, Munksgaard, Copenhagen (1958)
- Ingram, M.D.: Gastric Ulcer in Childhood, in: Amer. J. Roentgenol. 64, S. 765 (1950)

- Jäger, R., Berbig, E., Geisel, G., Gossler, H., Hagen, J., Liebich, W. und Schafheutle, R.: Mannheimer Biographisches Inventar (M-B-I), Handanweisung f. d. Durchführung und Auswertung, Verlag f. Psychologie, Dr. C.J. Hogrefe, Göttingen (1973)
- Karlström, F.: Peptic Ulcer in Children in Sweden. During the Years 1953 - 1962, in: Ann. Paediat. 202, S. 218 (1964)
- Krakauer, J. B. und Stewart, A.: Peptic ulcer disease in children, in: Northw. Med. 66, S. 348 (1967)
- Kujath, G.: Jugendpsychiatr. Diagnostik und Begutachtung, 3. Aufl., Johann Ambrosius Barth, Leipzig (1964)
- Lachner, O.: Zur Pathogenese der Ulcuskrankheit d. Jugendlichen von heute, in: Neue österr. Zschr. f. Kinderheilkunde 7, S. 72 (1963)
- Lassrich, M.A., Lenz, W. und Schäfer, K. H.: Ulcusleiden im Schulkindalter, in: Dtsch. Med. Wochenschr. 80, S. 1337 (1955)
- Lassrich, M.A. und Schäfer, K. H.: Die Ulcuskrankheit beim Kinde, in: Der Internist 6, S. 40 (1965)
- Lenz, W.: Familiäre Belastung bei ulcus ventriculi et duodeni und Nabelkoliken, in: Monatsschr. f. Kinderheilkunde 103, S. 156 (1955)
- Marshall, S.: Personality correlates of peptic ulcer patients, in: J. of consulting Psychol. 24, S. 218 (1960)
- Michener, W. M.: Duodenal ulcer in childhood, in: Amer. J. Dis. Child. 100, S. 814 (1960)
- Mirsky, I. A.: Körperliche, seelische u. soziale Faktoren bei psychosomatischen Störungen, in: Psyche 15, S. 26 (1961)
- Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin 2, Suhrkamp, Frankfurt/M. (1967)
- Mitscherlich, A.: Ulcus ventriculi et duodeni - Schritte d. Forschung, in: Psyche 21, S. 781 (1967)
- Muggia, A. und Spiro, H.: Childhood peptic ulcer, in: Gastroenterology 37, S. 745 (1959)
- Nitsch, K.: Ulcus ventriculi u. duodeni im Kindesalter, in: Dtsch. med. Wochenschr. 87, S. 1281 (1962)

- Pflanz, M.: Sozialer Wandel u. Krankheit, Enke, Stuttgart (1962)
- Philip, A. E. und Cay, E. L.: Psychiatric symptoms and personality traits in patients suffering from gastro-intestinal illness, in: J. of Psychosomatic Research 16, S. 47 (1972)
- Poitrenaud, J. und Parot, S.: Le role de la douleur dans la psychologie de l'ulcèreux, in: Encéphale 56, S. 510 (1967)
- Proctor, O. S., Rochester, M. D.: Chronic Peptic Ulcer in Children, in: Surgery, Gynecology and Obstetrics 41, S. 63, (1925)
- Ramos, A. R.: Peptic ulcer in children, in: Amer. J. Dis. Child. 99, S. 135 (1960)
- Riechers, F., Juntke, Ch. und Reinhold, H.: Ulcera des Oesophagus, Magens und Duodenum im Kindesalter, in: Monatsschr. f. Kinderheilk. 114, S. 523 (1966)
- Roth, H. P.: The Peptic Ulcer Personality, in: Arch. Intern. Medicine 96, S. 32 (1955)
- Saint Macary, M., Bouquier, J. J., Guibert, J. et al.: Duodenal Ulcer in the Child, in: Med. Chir. Dig. 2/5, S. 309 (1973), zitiert nach: Excerpta med., Sect. 7, 31, Nr. 2417 (1974)
- Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Thieme, Stuttgart (1951)
- Schwidder, W.: Die Bedeutung psychischer Faktoren in der Ätiologie der Ulcuskrankheit, in: Psyche, 4, S. 561 (1951)
- Schwidder, W.: Psychische Faktoren bei Magen- und Darmerkrankungen, in: Zschr. f. Psycho-somat. Medizin 1, S. 4 (1954/55)
- Shima, T.: Peptic Ulcers in Children, in: Yonago Acta med. 10, S. 235 (1966), zitiert nach: Excerpta Med., Sect. 7, 22, Nr. 981 (1968)
- Silbermann, I. S.: Experimentelle Magen-Duodenal-Ulcus-erzeugung durch Scheinfüttern nach Pavlov, in: Zbl.f.Chirurgie, 54, S. 2385 (1927)

- Singh, M. und
Ghai, O. P.: Duodenal ulcer in childhood: A
clinical and psychological study, in:
Indian Pediat. 6/7, S. 447 (1969),
zitiert nach: Excerpta Med., Sect. 7,
24, Nr. 4758 (1970)
- Staabs, G. v.: Der Scenotest, 3. Aufl.,
Huber, Stuttgart (1964)
- Staph, K. H.,
Herrmann, T., Staph, A.,
Stäcker, K. H.: Psychologie des elterlichen Erziehungs-
stils, Klett, Stuttgart (1972)
- Sultz, H. A.,
Schlesinger, E. R.,
Feldmann, J. G. and
Mosher, W. E.: The epidemiology of peptic ulcer in
childhood, in: Amer. J. publ. Hlth 60,
S. 492 (1970)
- Theile, P.: Beitrag zur Kenntnis der Geschwürs-
bildungen des Magen und Duodenum im
Kindesalter, in: Dtsche Zschr. f.
Chirurgie 150, S. 276 (1919)
- Theile, P.: Über Geschwürsbildungen des Gastro-
duodenaltractus im Kindesalter, in:
Ergebnisse d. Inneren Medizin u.
Kinderheilk. 16, S. 302 (1919)
- Vogl, E. und
Schmitz, H. - P.: Elterliche Erziehungsstile und Er-
zogenenmerkmale, Diplomarbeit im FB 12
der Freien Universität Berlin (1974)
- Weiner, H., Thaler, M.,
Reiser, M. F. und
Mirsky, I. A.: Etiology of Duodenal Ulcer, in:
Psychosom. Medicine 19, S. 1 (1957)
- Zauner, J.: Beitrag zur Psychosomatik d. ope-
rierten Ulcuskranken, in: Zschr. f.
Psychosomat. Medizin 13, S. 25 (1967)

Interviews

schlecht / mittel / gut

- | | |
|---|------------------------------|
| 16.) Einschätzung des Leistungsehrgeizes | schlecht / mittel / gut |
| 17.) Bestanden starke Leistungsveränderungen | nein / ja |
| 18.) Wurde elterliche Hilfe bei Erledigung der Schulaufgaben geleistet | nein / ja |
| 19.) Einschätzung der Kontaktfindung in der Klassengemein. | schlecht / mittel / gut |
| c) Geschwister | |
| 20.) Zahl der Geschwister | |
| 21.) Wievieltens Kind ist der untersuchte Pat. | |
| 22.) Bestanden oder bestehen Konflikte zu den Geschwistern | nein / gelegentl. / starke |
| 23.) Rang des Kindes unter den Geschwistern aus elterl. Sicht | 1. Rang / 2. Rang / ... |
| 24.) Elterl. Einschätzung des Durchsetzungsvermögens des Kindes bei Streitigkeiten mit den Geschwistern | schlecht / mittel / gut |
| IV. Eltern: | |
| 25.) Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes | |
| 26.) Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes | |
| 27.) Berufstätigkeit der Mutter | nein / halbtags / ganz. |
| 28.) Beginn der Berufst. der M. in Beziehung zum Alter d. K. | |
| 29.) Ehe geschieden | nein / ja |
| 30.) Alter des Kindes bei Scheidung der Eltern | |
| 31.) Elternteil gestorben | nein / ja |
| 32.) Alter des Kindes bei Tod des Elternteils | |
| 33.) Die Erziehung erfolgte durch | Heim / Pflegeeltern / Eltern |
| 34.) Schulabschluß der Mutter | |
| 35.) Wer leitet hauptsächlich die Erziehung | Vater / Mutter / andere |
| 36.) Erziehungsziele | |
| 37.) Beurteilung der wirtschaftl. Lage der Familie | schlecht / mittel / gut |

V. Einschätzung der Persönlichkeit des Kindes
aus der Sicht der Eltern bzw. der Mutter:

- | | |
|---|----------------------------|
| 38.) Beurteilung der Grundstimmung des Kindes | freudig / ernst / bedrückt |
| 39.) Anlehnungsbedürfnis d. K. an die Mutter | gering / mittel / stark |
| 40.) Anlehnungsbedürfnis d. K. an den Vater | gering / mittel / stark |

Einschätzung von:

- | | |
|---|-------------------------|
| 41.) Gehorsam | gering / mittel / stark |
| 42.) Hilfsbereitschaft | gering / mittel / stark |
| 43.) Sensibilität | gering / mittel / stark |
| 44.) Ängstlichkeit | gering / mittel / stark |
| 45.) Selbständigkeit | gering / mittel / stark |
| 46.) Durchsetzungsvermögen gegenüber Gleichaltrigen | gering / mittel / stark |
| 47.) Wird in Versagungssituationen Widerstand geleistet | gering / mittel / stark |
| 48.) Beurteilung der Fähigkeit, Freundschaften zu schließen | schlecht / mittel / gut |
| 49.) Bestehen sonstige psychosomatische Störungen | nein / ja |

LEBENS LAUF

Joachim J u n g m a n n

Geboren am: 29. August 1941 in Berlin

Eltern : Bernhard und Gisela Jungmann geb. Greiner

- 1947-1951 Grundschule in Berlin
- 1951-1960 Canisius-Kolleg, Gymnasium in Berlin
- 1960 Abitur
- 1960-1967 Philosophie- und Theologiestudium
 in Paderborn, Berlin und Pullach/München
- 1967-1973 Medizinstudium an der Freien Universität Berlin
- 1973 Medizinisches Staatsexamen in Berlin
- 1973-1975 Medizinalassistentenzeit in Lilienthal/Bremen
 und Berlin
 Zugleich Fortführung des 1971 zusätzlich aufgenom-
 menen Psychologiestudiums an der Freien
 Universität Berlin; 1974 Vor-Diplom
- Seit 1975 Assistenzarzt innerhalb der Pädiatrie in Berlin
- Eheschließung mit Irmgard Tschakert
- Seit Nov.
1975 Wiss. Assistent in der Abteilung für Psychiatrie
 und Neurologie des Kindes- und Jugendalters der
 Freien Universität Berlin





